



Modalités d'utilisation et facteurs influençant la prescription des antalgiques de paliers III dans les douleurs chroniques non cancéreuses en Corse en cabinet de Médecine générale

Baptiste Calais

► To cite this version:

Baptiste Calais. Modalités d'utilisation et facteurs influençant la prescription des antalgiques de paliers III dans les douleurs chroniques non cancéreuses en Corse en cabinet de Médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01213516

HAL Id: dumas-01213516

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01213516>

Submitted on 8 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 12/06/2014 par :

**Monsieur CALAIS Baptiste
*Né le 20 décembre 1984 à Fréjus***

**Pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine
Discipline : Médecine Générale**

**Modalités d'utilisation et facteurs influençant la
prescription des antalgiques de paliers III dans les
douleurs chroniques non cancéreuses en Corse
en cabinet de Médecine Générale**

MEMBRES DU JURY :

**Président du Jury:
Monsieur le Professeur PAQUIS Philippe**

**Assesseurs :
Monsieur le Professeur FUZIBET Jean-Gabriel
Monsieur le Professeur SAUTRON Jean-Baptiste
Monsieur le Docteur LANTERI-MINET Michel**

**Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur HEBERT Christophe**

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAPALUS Philippe
M. BOQUET Patrice	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOURGEON André	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE BAS Pierre
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELMONT Jean	M. MOUIEL Jean
M. DEMARD François	Mme MYQUEL Martine
M. DOLISI Claude	M. OLLIER Amédée
M. FREYCHET Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. SCHNEIDER Maurice
M. GILLET Jean-Yves	M. TOUBOL Jacques
M. GRELLIER Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M. HARTE Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	
M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
M.C.U. Honoraires	
	M. ARNOLD Jacques
	M. BASTERIS Bernard
	Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
	M. EMILIOZZI Roméo
	M. GASTAUD Marcel
	M. GIRARD-PIPAU Fernand
	M. GIUDICELLI Jean
	M. MAGNÉ Jacques
	Mme MEMRAN Nadine
	M. MENGUAL Raymond
	M. POIRÉE Jean-Claude
	Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

SAUTRON Jean-Baptiste

Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur PAQUIS

Pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse,
Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur SAUTRON

Pour avoir accepté de juger ce travail,
Pour votre contribution à la relecture et la correction de ce travail,
Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur FUZIBET

Pour avoir accepté de juger ce travail,
Pour votre contribution à la relecture et la correction de ce travail,
Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LANTERI-MINET

Pour avoir accepté de juger ce travail,
Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur HEBERT

Pour avoir accepté de diriger ce travail,
Pour m'avoir conseillé, soutenu, et préparé à la pratique de ville,
Quels qu'ont été mes soucis, tu as su me redonner confiance en mes capacités.
Sois assuré de ma reconnaissance et de mon amitié, à toi et Janick.

A mes Parents

Pour votre patience et votre tendresse,
J'espère un jour vous rendre tout ceci au centuple.
Soyez assurés de mon amour et ma reconnaissance.

A Elodie et Cassandra,

Pour m'avoir donné la chance de participer à la petite famille des « Oursons »,
Pour m'avoir donné votre affection au quotidien,
Soyez assurées de mon amour.

A Hélène et Mickael

Avec tout mon admiration pour votre réussite,
Avec toute ma reconnaissance pour m'avoir donné le plus beau des neveux,
Soyez assurés de mon amour.

A Magalie, Brigitte et Julien

Pour vous être toujours soucie de moi malgré la distance,
Soyez assurés de mon amour.

A Mesdames les Dr ZANALDI, Dr ROCHER et Dr PAOLINI

Pour m'avoir conseillé, écouté et soutenu,
Pour m'avoir fait confiance et aidé à m'affirmer,
Soyez assurées de ma reconnaissance.

I.INTRODUCTION

I.1.La douleur

I.1.1.Définition

En 1976, l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* a défini la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion ».

Elle est la résultante d'une composante organique (mécanismes neurophysiologiques du codage du type, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages douloureux) et psychologique (coté désagréable et insupportable).

I.1.2.L'évaluation de la douleur

I.1.2.1.Principes

Il peut s'agir d'une auto évaluation par le patient, ou d'une hétéro-évaluation par un acteur de soin. Cette évaluation s'intègre à un entretien clinique sans s'y substituer [27]. Réalisé de façon répétée, l'évaluation de la douleur permet un suivi de l'efficacité des thérapeutiques antalgiques.

Cependant, il n'existe pas de lien direct entre les résultats obtenus sur une échelle ou un questionnaire, et le type de traitement antalgique nécessaire : ils ont une valeur descriptive pour un individu donné. Par exemple, la dissociation entre les niveaux de douleur obtenus entre les échelles verbales simples et visuelles révèle le haut niveau de subjectivité du vécu de la douleur et l'absence de comparabilité interindividuelle [36].

I.1.2.2.Méthodes d'évaluation de la douleur

Les dimensions que l'on peut explorer sont multiples. Nombres d'échelles et questionnaires sont référencés sur le site de l'Institut UPSA ® (<http://www.institut-upsa->

douleur.org/fr-FR/id-1197/Outils-evaluation-douleur.igwsh). Ainsi on peut :

- Mesurer l'intensité et le soulagement :
 - Echelle Visuelle Analogique (EVA) : il s'agit d'une règlette composée d'un côté verso allant de «pas de douleur» à «douleur maximale», et d'un côté recto avec le score de la douleur correspondant à la position du curseur au verso.

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

- Echelle numérique – EN : score allant de 0 à 100.
- Echelle verbale simple – EVS :

Douleur	Scores
absente	0
faible	1
modérée	2
intense	3
extrêmement intense	4

Soulagement	Scores
nul	0
faible	1
modéré	2
important	3
complet	4

- Connaître le type de douleur :
 - Questionnaire de Saint-Antoine : c'est un vocabulaire de la douleur.
 - Questionnaire DN4 [ANNEXE 1] : c'est un outil de dépistage des douleurs neuropathiques. Le test est positif si le score est au moins de 4/10 [9].
- Démasquer la douleur non verbalisée, par le retentissement et les modifications comportementales (enfants, troubles de la verbalisation) :
 - Echelle de mimiques : c'est une EVA adaptée à l'enfant de 4 à 10 ans (« Montre-moi le visage qui a mal autant que toi »). Le score de la douleur se lit au recto.

- Echelle DOLOPLUS-2 [ANNEXE 2] : chez la personne âgée non communicante, la douleur est affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30 [47]. Il est indispensable de tenir compte de leurs difficultés à s'exprimer (démence) [37].
- Echelle DEGR : chez l'enfant de 2 à 6 ans, elle comprend 10 items cotés de 0 à 4 en fonction du comportement observé. Le diagramme est rempli après une observation prolongée. Un score supérieur à 13/40 signale une douleur intense.
- S'inquiéter du retentissement sur les activités quotidiennes :
 - Echelle comportementale de BOURRHIS : elle permet d'apprécier l'envahissement du langage par la plainte, le retentissement sur les activités, la demande d'antalgiques [10].
- Connaître le retentissement psychique :
 - Beck Depressive Inventory [ANNEXE 3] : c'est un questionnaire à choix multiples de 21 questions, servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique [6].
 - Hospital Anxiety and Depression scale : le patient souligne les réponses qui expriment le mieux ce qu'il a éprouvé au cours de la semaine [21 ; 49].

I.1.3.La douleur chronique

I.1.3.1.Identification

La douleur chronique (DC) est une douleur symptomatique d'une maladie évolutive ou de séquelles traumatiques. Elle est initiatrice d'un véritable syndrome douloureux chronique, dont l'évolution devient indépendante de la maladie initiale [18].

Bien qu'étant considérée comme une douleur supérieure à 3 mois (définition de l'*IASP*) ou 6 mois (définition de l'*OMS*), permanente ou récurrente, la DC n'est pas

seulement une douleur aiguë qui dure, mais un phénomène multidimensionnel subjectif, pouvant atteindre le bien être du patient péjorativement (définition de l'*American Society of Anesthesiologists*) [24].

Certains arguments doivent faire suspecter la présence d'une DC, en dehors du caractère temporel [25] : résistance à l'analyse clinique et au traitement a priori bien conduit et suivi, interprétations ou croyances du patient concernant la douleur éloignées de celles du médecin, et présence d'une composante psychopathologique prédominante.

Selon une étude de l'*European Federation of IASP Chapters*, 38% des personnes souffrant de DC indiquent que la douleur n'est pas gérée de manière adéquate [19]. Une des raisons en est la sous-évaluation : il n'y aurait pas d'utilisation d'échelle de mesure de la douleur dans 86% des consultations relatives à la douleur en médecine de ville et la question de la DC n'est pas abordée spontanément dans 74% des cas [11].

I.1.3.2.Epidémiologie

Les principales localisations de DC en Europe sont les dorso-lombalgies, les douleurs articulaires périphériques et les cervicalgies [13].

Sa prévalence est estimée à 35,5% dans le monde (de 11,5 % à 55,2 % selon les études), soit 31% des hommes et 39,6% des femmes [23]. Elle concerne 19% des adultes en Europe et 15% en France [19].

La principale enquête réalisée en France sur la DC est l'étude STOPNET (Study of the Prevalence of Neuropathic Pain) en 2004 concernant les douleurs neuropathiques en population générale : 31,7 % des Français présentent une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois, et la prévalence de la DC est significativement plus élevée chez les femmes (35 % contre 28,2%) [8].

Elle augmente avec l'âge: 50% des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile, 49 à 83% vivant en institution et 80% des personnes en fin de vie [12 ; 27].

La DC coûte 300 milliards d'euros pour toute l'Europe [19] chaque année. Le volume

des consultations chez les professionnels de santé, et en particulier chez les spécialistes, est reconnu comme la principale source des coûts directs attribuables à la DC, mais ne représente qu'une partie du problème, en comparaison des coûts indirects (absentéisme, diminution de la productivité, soins à domicile, allocation...).

Une des principales études européennes qui en analyse les dimensions économiques et socio professionnelles est « Pain in Europe » (2003) [13]. Selon cette étude, la DC augmente significativement le risque de suicide, d'isolement social et de perte d'emploi .

I.1.4. Programme d'action du Ministère de la Santé

La lutte contre la DC a fait l'objet de réglementations spécifiques de la part du Ministère de la Santé qui, au travers de 3 grands programmes d'actions, a fait de la lutte contre la douleur une priorité [26] :

- Le 1^{er} plan (1998) visait à financer la mise en place de structures pluridisciplinaires au sein des établissements de santé permettant l'évaluation et le traitement de la DC persistante [31].
- Le 2nd plan (2002-2005) prévoyait de nouvelles mesures au sein des établissements de santé et en dehors (réseau expérimental d'évaluation et de traitement de la douleur chronique) [32] :
 - Associer les usagers par une meilleure information,
 - Améliorer l'accès du patient souffrant de DC rebelles à des structures spécialisées, notamment les enfants,
 - Améliorer l'information et la formation des personnels de santé,
 - Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur,
 - Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée, en particulier après opération.

- Le 3^{ème} plan (2006-2010) notait les disparités régionales et prévoyait [33] :
 - D'actualiser les principes d'organisation de la lutte contre la DC,
 - De faciliter l'accès aux structures de prise en charge de la DC,
 - De partager les expériences sur les organisations et actions mises en place,
 - De renforcer l'action des réseaux de santé.

Les objectifs fixés par le 3^{ème} plan ne sont pas atteints, surtout dans la mise en place de structures spécialisées supplémentaires. Le Haut Conseil de Santé Publique a recommandé la validation d'un 4^{ème} plan visant à favoriser l'offre de proximité et l'implication de la médecine de ville dans la prise en charge de la DC. Ce plan n'est à ce jour toujours pas mis en route (report en 2013 jusqu'en 2017), faute de financement [33].

I.2.L'utilisation des antalgiques de paliers III

I.2.1.Les paliers de l'OMS

En 1986, l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS) a présenté un diagramme [Figure 1] s'adressant aux acteurs de soins, suggérant une utilisation graduée des antalgiques. Il s'est imposé comme un support de référence à l'élaboration de stratégies de traitements de la douleur [35].

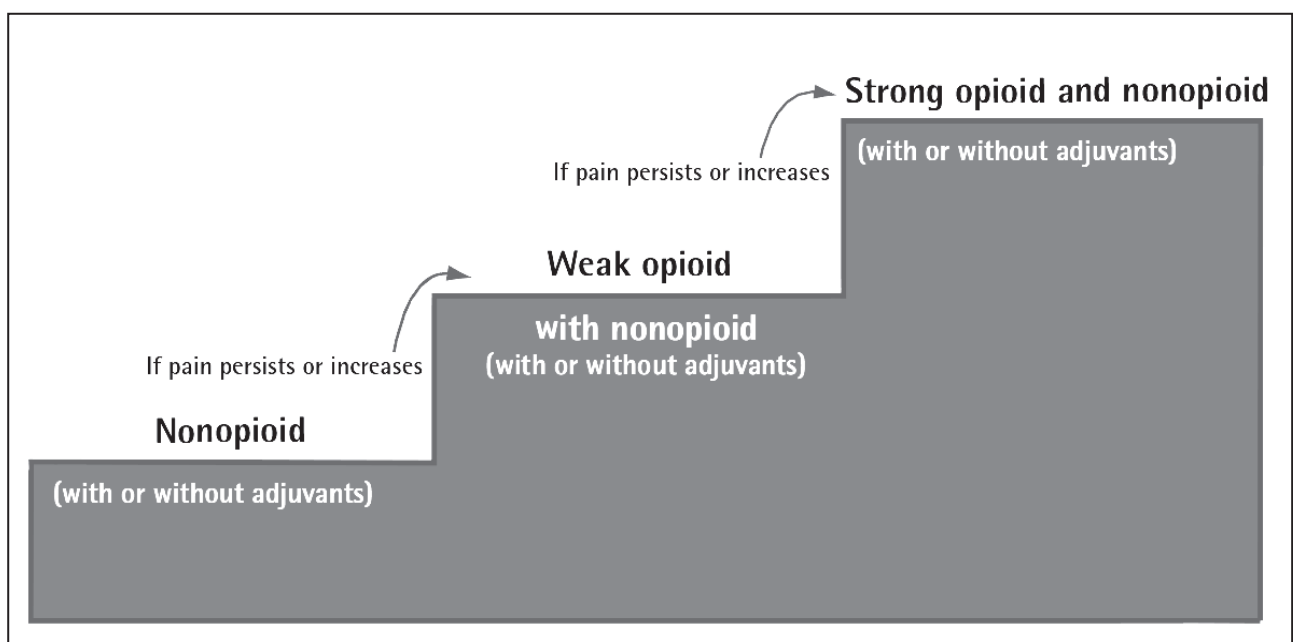


Figure 1 : Paliers antalgiques de l'OMS (d'après VARGAS-SCHAFFER [45])

Le diagramme OMS stipule de commencer avec un médicament non opioïde de palier I. Si la douleur n'est pas suffisamment contrôlée, on ajoute un opioïde faible dit de palier II. Si cela ne suffit pas, on peut administrer un opioïde fort dit de palier III. On ne doit jamais associer deux médicaments de la même catégorie. On peut toutefois ajouter, quel que soit le palier, un adjuvant.

Plusieurs propositions ont été depuis faites [Figure 2] pour modifier ce diagramme afin d'intégrer de nouvelles voies d'abords (transdermiques, analgésie contrôlée par le patient...), des adjuvants (corticoïdes, neuroleptiques...) et les nouvelles molécules antalgiques [45]. Le palier IV permet de débiter par des traitements puissants d'emblée, avec la possibilité de revenir à des paliers moins forts.

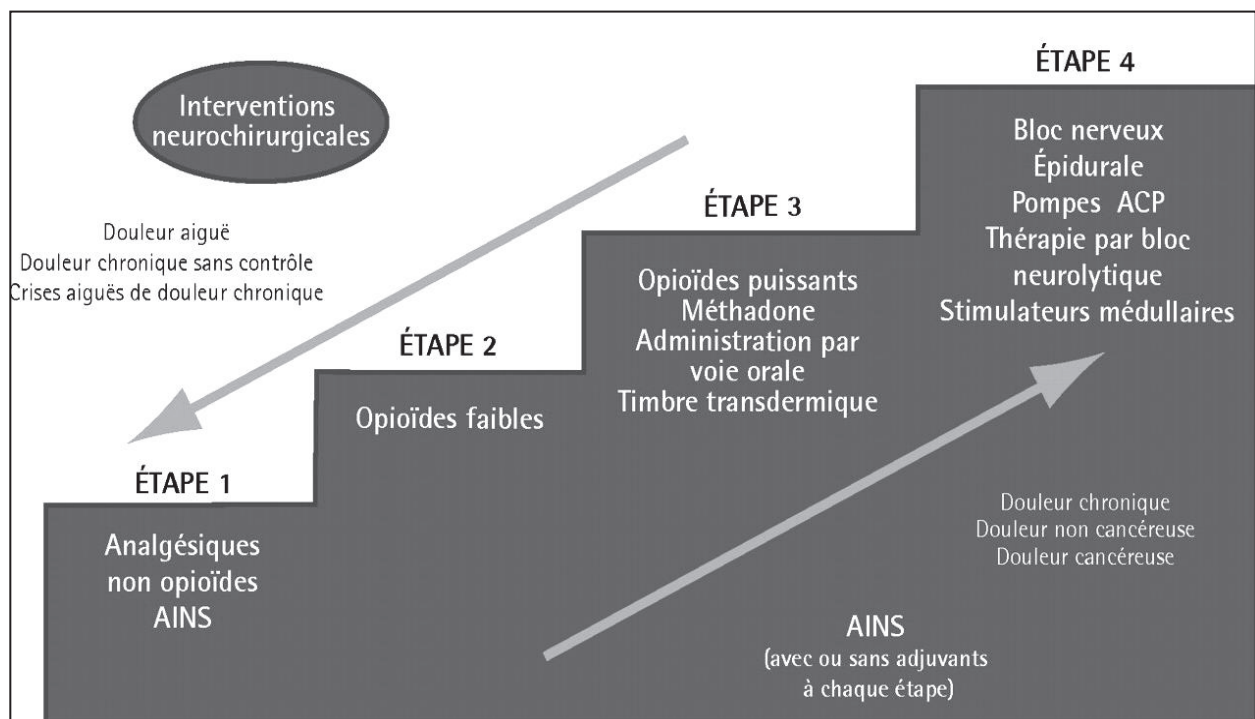


Figure 2 : Paliers antalgiques de l'OMS révisé (d'après VARGAS-SCHAFFER [45])

1.2.2. Les principaux antalgiques de palier III

- **La Morphine** : c'est l'analgésique de palier III de référence. Son effet est dose-dépendant et sans plafonnement de l'action antalgique. Elle possède l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les DCNC.
- **L' Oxycodone** : le rapport efficacité/effets indésirables de l'oxycodone est similaire

à celui de la morphine, ce qui la rend très intéressante dans le cadre de la rotation des opioïdes. L'AMM des spécialités à base d'oxycodone a été étendue au «traitement des douleurs sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes forts», mais le remboursement est limité aux douleurs d'origine cancéreuse, les douleurs neuropathiques et les douleurs aiguës sévères.

- **L' Hydromorphone** : son AMM recouvre le « traitement des douleurs intenses d'origine cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine ». Dans ce cadre, elle constitue une alternative à la morphine orale à libération prolongée (LP) dans le cadre de la rotation des opioïdes.
- **Le Fentanyl** : sous forme transdermique LP (Durogesic®, Matrifen®), il est indiqué dans le « traitement des douleurs chroniques sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes», et comme l'Oxycodone le remboursement est restreint au « traitement des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en cas de douleurs stables ». Il intervient en relais d'une titration orale de morphine en respectant le principe d'équi-analgésie, et peut être associé à des interdoses per os. Il existe d'autre forme d'action rapide : voie transmuqueuse (Actiq®, Abstral®, Effentora®), voie intranasale (Instanyl®).

Leur pharmacocinétique est différente, en raison de leur métabolisme hépatique et de leur élimination rénale. La réponse sera donc différente pour chaque patient.

I.2.3.La prescription des antalgiques de paliers III

I.2.3.1.Information du patient

L'information est le pré-requis à l'établissement d'un contrat de soin entre le praticien et le patient. Selon l'*Agence Nationale de Sûreté du Médicament*, le patient doit être informé que [1] :

- Le traitement ne se justifie que s'il apporte un soulagement suffisant,
- Les doses et les horaires de prise doivent être respectés,

- Un seul médecin doit centraliser, coordonner et adresser au même pharmacien la prescription sur ordonnance sécurisée,
- La posologie et la durée du traitement doivent être adaptées en fonction de l'évolution de la douleur, de la survenue d'effets indésirables,
- Il existe un risque de dépendance physique conduisant à un syndrome de sevrage en cas d'interruption trop rapide du traitement,
- La dépendance psychique peut survenir chez tous les patients, d'où l'intérêt de dépister les sujets prédisposés,
- Le traitement doit être réévalué si inefficace, si l'on constate des signes de tolérance, des effets indésirables non contrôlés, une mauvaise observance ou des signes de dépendance psychique (mésusage ?).

I.2.3.2.Règles de prescription

D'après l'OMS, une utilisation correcte des antalgiques de palier III passe par le respect de plusieurs notions :

- Privilégier la forme orale tant que possible.
- Utiliser la posologie minimale efficace.
- Augmenter progressivement la posologie par titration.
- Administrer le traitement à intervalles réguliers à la même heure tous les jours.
- Adapter le traitement au niveau de douleur évalué par échelle.
- Adapter le dosage aux besoins de chaque individu.

I.2.3.3.Modalités d'initiation et suivi du traitement

La période d'initiation du traitement doit être considérée comme une période d'évaluation, pendant laquelle il faut réexaminer la décision de poursuivre les opioïdes [15].

Le choix de la forme galénique est déterminé par le rythme nycthéméral de la douleur, ses facteurs déclenchants, l'existence d'accès douloureux : la forme à libération prolongée est utile pour des douleurs permanentes et intenses, les formes à libération immédiate pour des douleurs intenses intermittentes. Les voies parentérales ne sont pas

indiquées en ambulatoire sauf si la voie orale n'est pas possible.

La recherche de la posologie avec le meilleur rapport bénéfice/effets indésirables s'effectue au cours de la titration par majoration quotidienne (30% maximum) de la dose journalière précédente jusqu'à analgésie satisfaisante. Au décours de cette phase on peut décider de poursuivre ou d'interrompre le traitement.

Les modifications des doses et la correction d'effets indésirables justifient un suivi hebdomadaire au cours du premier mois de traitement, puis tous les 28 jours.

Le traitement doit être interrompu en cas de non-respect du contrat, d'absence d'efficacité notable au bout d'un mois (une dose >120mg/j sans efficacité doit faire remettre en cause leur utilité et leur bonne indication), d'effets indésirables trop importants. Il doit être progressif pour éviter un syndrome de sevrage (moins 30% maximum par jour, voire par semaine dans le cadre d'un traitement prolongé).

I.2.3.4. Dans la douleur chronique non cancéreuse

I.2.3.4.1.Critères de sélection des patients

L'*American Pain Society* et l'*American Academy of Pain Medicine* ont publié en 2009 un guide sur l'utilisation des opioïdes forts [4]. Il contient des recommandations sur l'utilisation des opioïdes dans les DC.

D'après ce guide, la bonne attitude à avoir serait de les employer pour des patients «soigneusement sélectionnés et bien suivis» [17]. Les critères de sélection des patients proposés sont :

- L'échec des traitements conventionnels médicamenteux et non médicamenteux,
- La non prépondérance de la composante psychologique et socioprofessionnelle,
- Un objectif fonctionnel réaliste et médicalement pertinent,
- Un risque prévisible de dépendance faible,
- L'absence de contre-indication.

Il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'un guide de recommandations pratiques basé sur des opinions d'experts compétents, mais peu sur de hauts niveaux de preuves [16 ; 17].

I.2.3.4.2. Les « Recommandations de Limoges »

Dans les douleurs d'origine rhumatologique, on retrouve dans les « Recommandations de Limoges » une revue de la littérature et des recommandations pour la pratique clinique [43 ; 46]. Ainsi, on retient :

- Concernant les modalités de traitement (accord professionnel) :
 - Un avis psychiatrique est conseillé chez les patients jeunes, et indispensable chez les patients atteints de troubles psychiatriques et/ou suspects d'abus.
 - En initiation, mieux vaut utiliser des formes per os LP de 20 à 60 mg/j.
 - Les prescriptions peuvent être adaptées en fonction de l'horaire des douleurs, de l'activité des patients ou de la survenue d'accès douloureux paroxystiques.
- Concernant le suivi (présomption scientifique) :
 - La dose efficace d'entretien doit être adaptée régulièrement.
 - Pendant la titration, il faut évaluer l'efficacité et les effets indésirables.
 - La dose efficace obtenue, les consultations seront adaptées au patient.
 - Le suivi doit être réalisé par le même médecin.
 - On évaluera le rapport bénéfice-risque avant augmentation de posologie.
- Concernant les pathologies :
 - Il est scientifiquement établi que dans l'arthrose de hanche et de genou, les opioïdes forts peuvent être proposés après échec ou insuffisance d'action des traitements habituellement recommandés, ou lors d'une contre-indication à la chirurgie ou en attente de celle-ci.
 - Avec un faible niveau de preuve, on peut envisager les opioïdes forts après échec ou intolérance de tout autre traitement spécifique, adjuvant ou mesures

associées dans la lombosciatique et la cervicalgie chronique et la polyarthrite rhumatoïde, mais pas dans la fibromyalgie.

- Avec un niveau d'accord professionnel, on peut envisager les opioïdes forts dans les DC sur fractures vertébrales ostéoporotiques et les lombalgies chroniques chez des patients sélectionnés après échec d'autres mesures.

I.2.3.4.3.Le risque addictif

La réticence à l'utilisation des opioïdes forts peut résider dans la crainte d'addiction induite [42] mais aussi au mésusage. Il existe un panel de questionnaires permettant d'identifier les situations et les patients à risque :

- L'Opioid Risk Tool [ANNEXE 4] est un questionnaire à 5 items (antécédents familiaux et personnels d'addiction, âge, abus sexuel, maladies psychiatriques). Le risque de mésusage est de 5.6% pour un patient dit « à faible risque », 28% si à risque « modéré » et 90.9% si « à haut risque » [48].
- Le SOAPP est décrit comme un questionnaire prédictif d'un comportement addictif (sensibilité=0,8, VPN=0,88) bien que peu spécifique avec une mauvaise VPP. Le risque est noté comme suit : <10 faible, 10-21 modéré, >21 élevé. Il permet d'être plus alerte vis à vis des patients à risque de mésusage et suggère un renforcement de la surveillance médicale (test urinaire). En pratique, il est plus efficace pour cerner les patients à faible risque [14].
- Le DIRE Score permet d'évaluer si un patient peut être recommandable pour un traitement au long court par opioïdes forts [7].

Le risque de mésusage ou d'addiction est moindre si les patients sont ainsi sélectionnés avant d'introduire un traitement par opioïde (0.19% contre 11.5%) [20]. Bien qu'il n'existe pas de méthode prédictive fiable à 100%, les antécédents personnels de toxicomanie et d'alcoolisme apparaissent comme des facteurs de risque forts [44]. Il n'y a pas de différence selon l'âge, le sexe ou les caractères ethniques.

Les comportements de mésusage les plus courants sont l'augmentation de doses malgré les prescriptions, l'utilisation combinée à d'autres opioïdes et la non présentation aux consultations de suivi.

Pour prévenir la mauvaise utilisation des opioïdes, il faut donc [41;43] :

- Faire un état des lieux des addictions anciennes ou actuelles.
- Evaluer le risque de mésusage au moyen de questionnaire.
- Envisager des traitements alternatifs : si cela n'est pas possible, prévoir une surveillance renforcée pour les patients à risque modéré et élevé.
- Établir des objectifs en rapport avec les attentes du patient et des règles strictes quant au suivi au moyen d'un contrat de soin.
- Procéder à une période d'essai avant d'utiliser les opioïdes fort sur le long terme afin de déceler la survenue de comportement pouvant trahir un abus.
- Administrer progressivement les opioïdes en fonction de la réponse clinique.
- Suivre régulièrement le patient afin de dépister des comportements trahissant un mésusage (dosage urine), la présence d'effets indésirables, l'efficacité.
- En cas de preuve manifeste de mésusage, il y a rupture du contrat. Il convient de procéder à un arrêt progressif, afin de limiter le risque de syndrome de sevrage.
- Les cas graves d'abus et de pharmacodépendance doivent être transmis aux centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance.

I.3. La Médecine Générale en région Corse

I.3.1. Généralités

Avec 305 674 habitants au 1er janvier 2013, la région Corse est la moins peuplée de France. Elle regroupe la Corse-du-Sud (141 330 habitants) et la Haute-Corse (164 344 habitants). 2 grandes aires urbaines regroupent 60% de la population : Ajaccio comprend 65 000 habitants (102 736 avec les arrondissements) et Bastia 44 165 (82 000 avec ses communes). Le reste de la population est inégalement répartie sur l'île. 88% des bassins de vie sont considérés comme ruraux (moins de 30 000 habitants) [30].

La moyenne d'âge est une des plus élevées (26.7% >60 ans vs 23% en métropole).

I.3.2.La Médecine Générale libérale en Corse

I.3.2.1.Profil des médecins généralistes

En novembre 2013, la région comptait 1206 médecins dont 879 en activité régulière. Sur 471 médecins généralistes, 275 ont un exercice libéral exclusif (58.5%), 165 sont salariés (35%) et 31 ont un exercice mixte (6.5%) [34].

Sur 306 médecins généralistes libéraux et mixtes, 76% sont des hommes et 24% des femmes. L'âge moyen est de 54 ans : 55 ans pour les hommes et de 52 ans pour les femmes (respectivement 54 ans et 49 ans au niveau national). 74% ont au moins 50 ans, 31% au moins 60 ans [34].

I.3.2.2.Répartition des médecins généralistes libéraux en Corse

Au 1^{er} janvier 2013, la densité de médecins généralistes libéraux s'établit à 110 pour 100 000 habitants en région Corse, contre 108 au niveau national, plaçant la Corse parmi les régions où la densité est la plus élevée [29]. Toutefois, la Haute-Corse est moins pourvue que la Corse-du-Sud (106 médecins généralistes/100000 hab. contre 114/100000).

On enregistre une moyenne de 19 médecins généralistes libéraux et mixtes par bassin de vie en 2013, contre 10 en 2007 [34].

Mais ce constat est faussement rassurant, du fait de fortes disparités intra-régionales : les densités varient de 46 à 215 médecins pour 100 000 habitants [Figure 3]. L'attraction pour les villes et bords de mer est supérieure aux zones montagneuses.

De plus, le salariat a attiré en 2013 60% des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre, contre 40% pour le libéral et mixte [34].

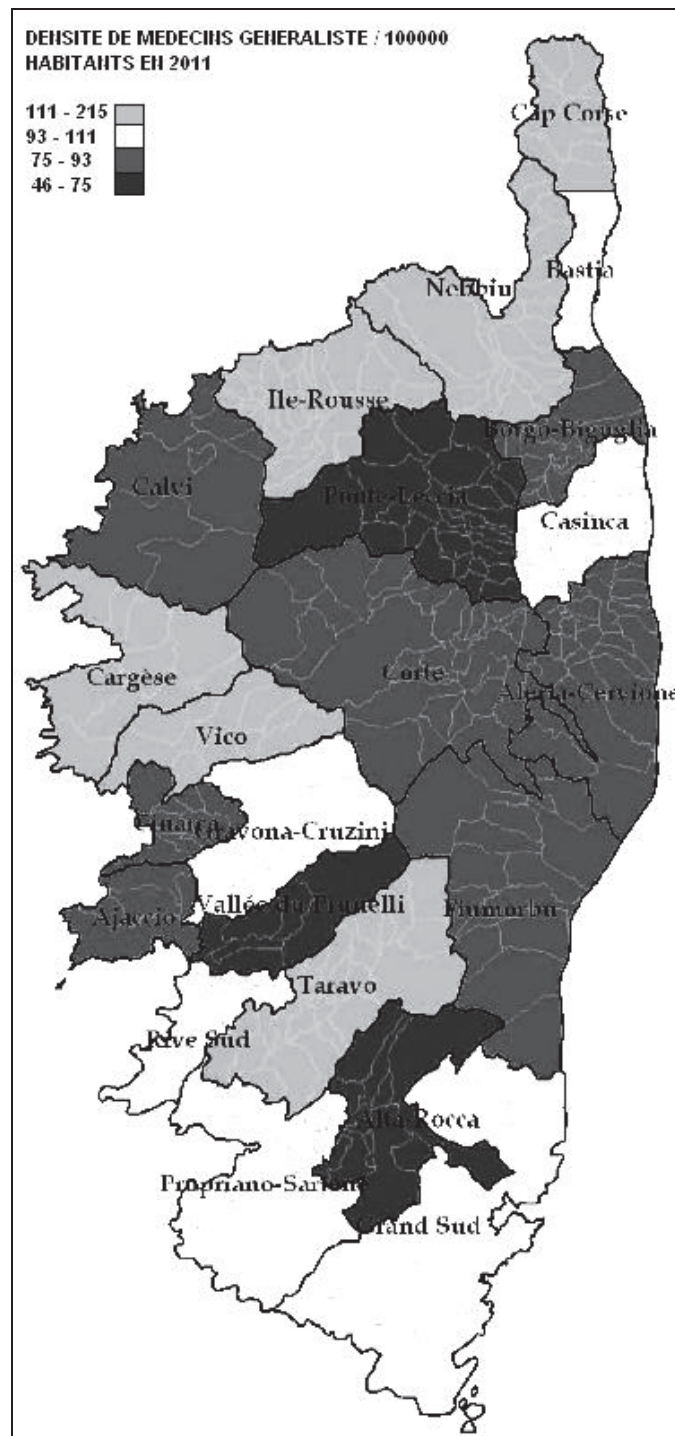


Figure 3 : Densité de médecins généralistes en Corse en 2011 (source : ARS cartosanté)

La géographie particulière de l'île participe à la disparité de la répartition des praticiens : la distance entre deux médecins généralistes peut aller jusqu'à plus de 15km, dans une région de topographie majoritairement montagnarde [Figure 4], De même, se rendre chez le médecin traitant n'est pas aisé pour les personnes habitants dans des zones enclavées, les routes étant sinueuses, escarpées et en altitude.



Figure 4 : Distance moyenne entre chaque médecin généraliste en Corse (source: ARS cartosanté)

I.3.2.3. Evolution de la densité médicale

Entre 2005 et fin 2010, il y a eu 55 installations et 51 cessations d'activités. Entre 2007 et 2013, les effectifs des médecins généralistes ont augmenté de 84,4% [34]. En 2010, les jeunes médecins ont représenté 42% des nouveaux inscrits en exercice libéral.

Ainsi, l'évolution du nombre de médecins généralistes en Corse est positive. Pourtant, les prévisions du Conseil de l'ordre sont pessimistes : - 35% à l'horizon 2030 [5]. D'après les données de l'*Agence Régionale de Santé*, les facteurs conditionnant cette décroissance sont la hausse de la population locale (+1,8 % par an / +0,7% au niveau national) et la moyenne d'âge des médecins en activité [2].

I.3.3.L'offre de soins en Corse pour la douleur chronique

La consommation globale de soins est supérieure à la moyenne nationale [28]. Pourtant, il arrive que la prise en charge d'une pathologie nécessite d'adresser des patients âgés, invalides ou aux revenus modestes vers les grands centres hospitaliers de PACA ou autre, de par l'absence de certaines infrastructures spécialisées en Corse.

La région ne comporte aucune structure hospitalière ou de proximité concrète comprenant une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue...) de prise en charge de la douleur [22].

Quelques médecins, répartis entre Ajaccio, Sartène et Bastia, travaillent ensemble de façon informelle. Individuellement, ils prennent en charge des patients douloureux chroniques en consultation, en sus de leur activité :

- En Haute-Corse, en dehors du CH Bastia où un médecin anesthésiste assure des consultations douleur une fois par semaine, il y a un médecin à la clinique Maynard avec une formation d'auriculothérapie, un DU de soins palliatifs et DIU de la douleur, qui consulte : en 2012, 350 patients douloureux chroniques, principalement pour des lombalgies, y auraient été reçus. A noter que de nombreux praticiens disposant du DIU douleur sur le CH de Bastia œuvrent au sein du CLUD.
- En Corse-du-Sud, une dizaine de médecins se répartissent entre le CH d'Ajaccio, la clinique du Golfe, l'hôpital de Sartène, et le libéral.

Après entretien téléphonique (28 juillet 2013) avec ces médecins, les problèmes suivant sont mis en avant :

- Réticence de certains omnipraticiens à user des morphiniques.
- Patients stigmatisés, assimilés à des toxicomanes.
- L'absence de titration, souvent identifiée comme étant à l'origine de la mauvaise tolérance, traduisant un manque de formation sur l'utilisation des morphiniques.
- Demande de structures officielles où les algologues pourraient travailler ensemble et proposer une offre de soins plus importante.
- Méconnaissance des consultations d'algologie sur la Corse, les patients étant alors adressés sur le continent pour bénéficier d'une prise en charge.

I.4.Exposition de la problématique et justification de l'étude

Ainsi, la DC apparaît comme un problème récurrent en médecine de ville, au retentissement pluridimensionnel et nécessitant un investissement important de la part du médecin généraliste. La restriction des AMM, les nombreux effets secondaires, la nécessaire sélection des patients, et les préjugés dont ils font l'objet, rendent l'emploi des antalgiques de palier III délicat dans la DCNC. Enfin, en dépit des plans nationaux de lutte contre la douleur, il n'y a pas sur la région Corse de structure dédiées à la douleur pour soutenir les médecins généralistes.

De ce constat découle la problématique suivante : *Quelles sont les modalités d'utilisation des antalgiques de paliers III dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses de l'adulte en Corse, en cabinet de Médecine Générale ?*

Pour y répondre, nous proposons une enquête de pratique qui aura pour objectif principal d'établir les modalités d'utilisation des antalgiques de paliers III dans la DCNC en Corse. Nous identifierons les facteurs d'influence qui interviennent sur la prescription d'antalgiques de palier III, et les besoins et attentes des médecins généralistes corses dans leur prise en charge des DC. Nous proposerons également un guide pratique d'aide à la prescription des antalgiques de palier II dans la DCNC.

II.ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DE CORSE

II.1.Méthodologie

II.1.1.La recherche bibliographique

Les données bibliographiques ont été collectées en intégralité via internet. Les principaux portails de recherche sont : PUBMED, GOOGLE Scholar, l'INSEE, EM Consult, le NCBI, l'HAS et le portail du Ministère de la Santé. Les liens des différents articles, revues, ouvrages et travaux sont référencés dans la bibliographie.

Les mots-clés employés sont : non malignant chronic pain ; strong opioids misuse ; offre de soins - région Corse; chronic pain prevalence ; prescribing strong opioids ; centre antidouleur ; Médecine Générale.

II.1.2.Modalité de l'enquête

II.1.2.1.Type d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive de pratique à partir d'un questionnaire de recueil quantitatif, avec quelques questions ouvertes.

II.1.2.2.Population cible

L'enquête portait, dans l'idéal, sur l'exhaustivité des médecins généralistes libéraux en exercice inscrits au tableau de l'Ordre de la région Corse.

II.1.2.3.Échantillonnage

Le listing utilisé pour contacter les médecins s'est fait sur la base des données

postales disponibles dans les Pages Jaunes dans sa version 2013. Notre objectif était d'atteindre au moins 30 réponses, calculées comme la limite statistique utilisable pour la loi des grands nombres.

Après leur avoir brièvement exposé la finalité de l'enquête, les omnipraticiens contactés par téléphone ont tous donné leur accord pour remplir le questionnaire. Ils ont été assurés de l'anonymat des réponses et de l'absence de jugement sur leur pratique professionnelle.

II.1.3. Le questionnaire

L'étude repose sur un questionnaire [ANNEXE 5] que j'ai élaboré, en collaboration avec le Docteur HEBERT Christophe, médecin généraliste en Haute-Corse. Il a nécessité 4 révisions sur le fond et la forme avant d'être exploitable, ceci après une « phase test » réalisée avec 5 médecins généralistes, non inclus dans le panel de répondants. 6 minutes sont nécessaires pour le remplir.

Un paragraphe d'introduction récapitule le thème, l'objectif de l'enquête et explique les modalités de réponses. Le questionnaire comprend 37 questions, réparties en trois thèmes illustrant mes objectifs :

- « A propos de vous et de votre pratique » (17 questions + 4 bis) : on y retrouve les questions relatives aux caractéristiques des répondants constituant l'échantillon (volet sociologique), la proportion et le type de pathologies douloureuses chroniques qu'ils ont à gérer, le regard qu'il portent sur leur formation.
- « Cas clinique » (11 questions) : le praticien est invité à choisir parmi ses patients adultes un sujet présentant une DCNC, parmi une liste proposée ou « autre ». Cette douleur évolue depuis au moins 3 mois (critères de l'IASP) et l'emploi des antalgiques de palier III est envisagé devant l'absence de tout autre recours thérapeutique. La situation doit avoir suscité une réflexion sur le rapport bénéfice/risque lié à leur emploi. Le médecin est amené à rapporter son point de vue ainsi que celui du patient lors de l'instauration du traitement.

- « Expression de vos besoins et attentes » (4 questions + 1 bis) où le praticien peut évoquer des solutions pouvant améliorer la prise en charge des DCNC.

Le questionnaire a été voulu aussi exhaustif que son acceptabilité par les enquêtés pouvait le permettre. Les questions sont pour la plupart fermées (cases à cocher) et quelques une sont ouvertes (expression libre).

Il était distribué sous deux formes, en fonction du format attendu par le praticien au moment de l'entretien téléphonique:

- Numérique, mis en ligne via Google® Drive, choisi pour sa gratuité et sa facilité d'utilisation, accessible via un lien adressé par mail.
- Formulaire papier comprenant 11 pages, adressé par courrier avec une enveloppe pré-timbrée à mon adresse, pour ne pas exclure les praticiens non connectés à internet.

II.1.4. Le recueil de données

Les données sont recueillies de façon anonyme (pas de nom sur les courriers de réponses, pas de sources numériques identifiables sur Google® Drive) du 24/08/13 au 01/12/13 sur feuille de calcul Excel®.

Nous n'avons pu recevoir d'appui d'un département d'informatique médicale. Les analyses statistiques ont été faites avec l'aide du Docteur LE DUFF Franck, médecin spécialiste de Santé Publique, dans la mesure où nous pouvions disposer de la variance.

Les données ont ensuite été analysées avec le logiciel statistique « R » disponible sur le site de l'université d'Angers (<http://www.info.univ-angers.fr/~gh/tuteurs/tutrstat.htm>) pour la comparaison de pourcentages et de moyennes, et sur le logiciel Excel® pour le calcul de variance.

II.2.Résultats de l'enquête

II.2.1.A propos de la pratique

II.2.1.1.Taux de réponse

131 omnipraticiens ont pu être contactés par téléphone du 01/04/13 au 01/08/13. 125 ont accepté de recevoir le questionnaire. Les motifs de refus exprimés étaient le manque de temps ou le non intérêt pour l'enquête.

Les données ont été recueillies du 24/08/13 au 01/12/13, avec relances téléphoniques. Il n'y a pas de motifs exprimés par les non-répondeurs. 30 praticiens ont répondu, soit un taux de réponse de 24% (40% par retour courrier, 60% numérique).

II.2.1.2.Caractéristiques de l'échantillon

II.2.1.2.1.Données générales

L'échantillon était composé de 87% d'hommes (n=26) et 13% de femmes (n=4). Le sex-ratio H/F de 6,7 est statistiquement supérieur aux données de 2013 de la région Corse (IC = 95 %, écart-réduit = 1.34).

L'âge moyen était de 37 ans pour les femmes et 53,8 ans pour les hommes. L'âge moyen (51.56 ans) était comparable aux données de l'Ordre (IC =95%, écart-réduit = 0.041). 70% des médecins interrogés avaient au moins 50 ans.

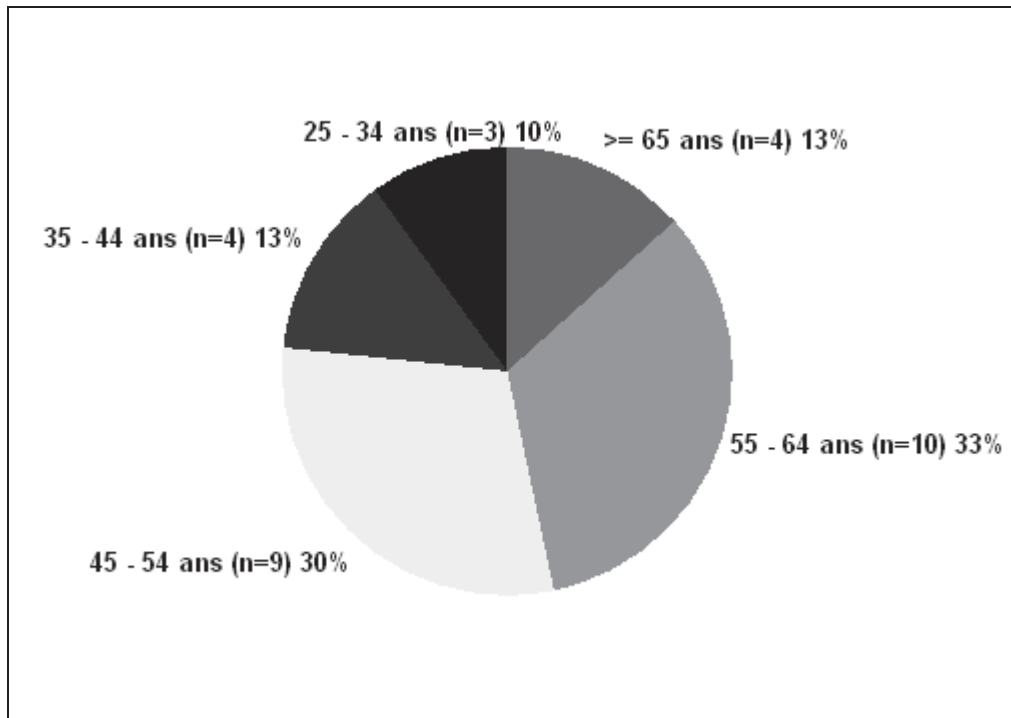


Figure 5 : Répartition de l'échantillon par tranche d'âge (n=30)

II.2.1.2.2.Exercice professionnel

60% d'entre eux exerçaient seuls (n=18) et 40% en association (n=12). 20% avaient une activité à mi-temps au sein d'un hôpital (n=6).

47% exerçaient en Haute-Corse (n=14) et 53% Corse-du-Sud (n=16). 70% déclaraient exercer dans une zone urbaine et 30% en zone rurale.

Ajaccio – Sud ouest	N=13 ; 43%
Bastia – Nebbiu – Cap corse	N=9 ; 30%
Castagniccia – Côte orientale	N=5 ; 17%
Sartenais – Taravo – Valinco	N=2 ; 7%
Alta Rocca - Sud	N=1 ; 3%
Corte - Le Venacais - Le Niolu	0
La Balagne	0
Côte ouest	0

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon par micro région d'exercice (n=30)

II.2.1.2.3. Formation universitaire

L'année de thèse médiane se trouve dans l'intervalle 1990-1994.

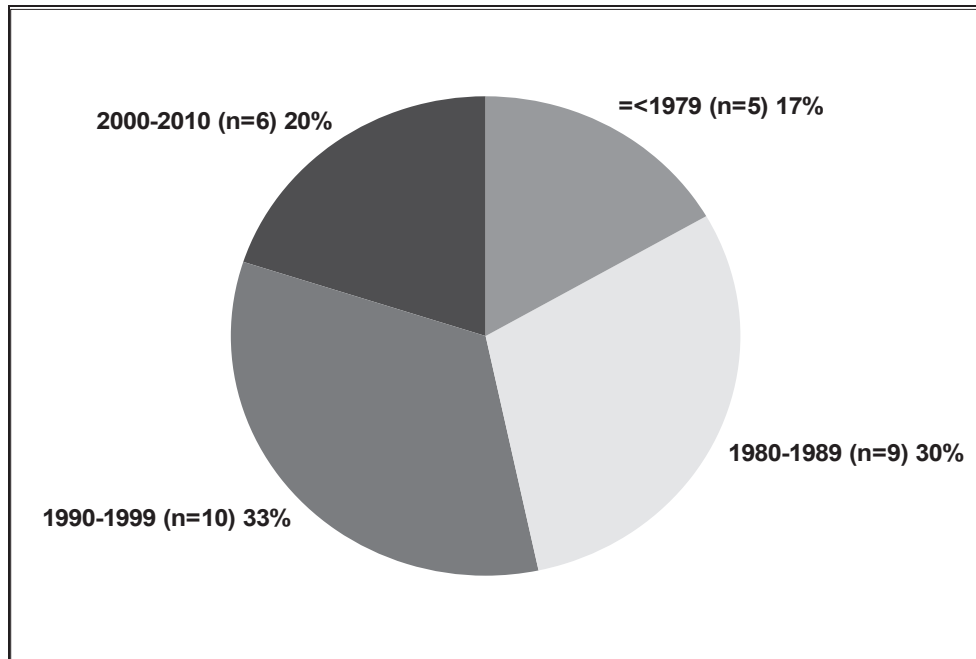


Figure 6 : Répartition de l'échantillon par année de thèse (n=30)

66,6% des médecins provenaient d'une faculté de PACA (n=20), au premier rang desquelles AIX-MARSEILLE (n=12) et NICE-SOPHIA ANTIPOLIS (n=8). 10% provenaient de Paris (n=3), 20% d'autres régions (n=6) et 3% de l'étranger (n=1).

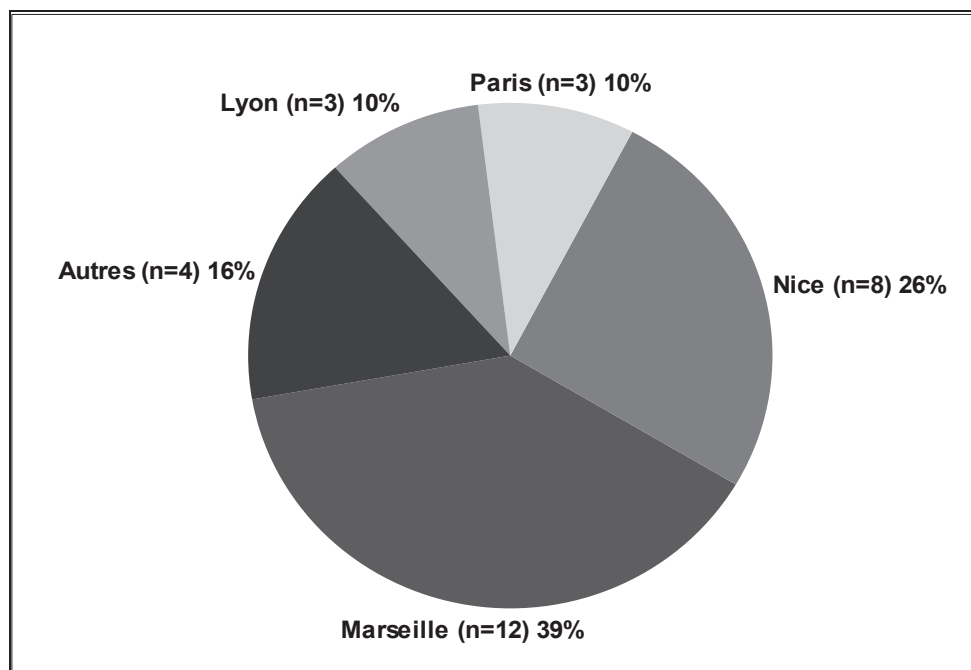


Figure 7 : Répartition de l'échantillon par faculté de Médecine d'origine (n=30)

50% des médecins interrogés avaient une formation complémentaire en plus de leur diplôme de Médecine Générale (n=15) et 10% un DIU sur la prise en charge de la douleur (n=3). Parmi ceux n'ayant pas de formation complémentaire, 20% avaient un projet de formation (n=3) dont un en rapport avec la douleur.

II.2.1.3.Proportion de patients douloureux chroniques

II.2.1.3.1.Échantillon complet (n=30)

Le nombre moyen de consultations hebdomadaires tout venant était de 112 (30 - 200). Le nombre de consultations hebdomadaires en rapport avec la douleur chronique était de 12. Le pourcentage moyen de patients consultant pour des douleurs chroniques était de 10,9% (0,6% - 50%).

II.2.1.3.2.En fonction de la formation des médecins

Chez les praticiens ayant une formation en rapport avec la douleur (n=6), incluant un DIU prise en charge de la douleur (n=3), médecine palliative (n=1), auriculothérapie (n=1) et ostéopathie (n=1), le pourcentage moyen de patients douloureux chroniques était de 14,46%.

Chez les autres omnipraticiens (n=24) il était de 10%. En excluant tout les omnipraticiens ayant une formation complémentaire (n=15) quelle qu'elle soit (gériatrie, médecine du sport, expertise...) le pourcentage était de 9,6%. La différence observée de prévalence entre chaque sous groupes n'était pas statistiquement significative (IC = 95%).

II.2.1.3.3.Origines de la douleur chronique

Les DC d'origines rhumatologiques étaient « fréquentes » à « très fréquentes » dans 45% des cas. Venaient ensuite l'origine cancérologique (21%), neurologique (17%), orthopédique (12%) et viscérale (5%).

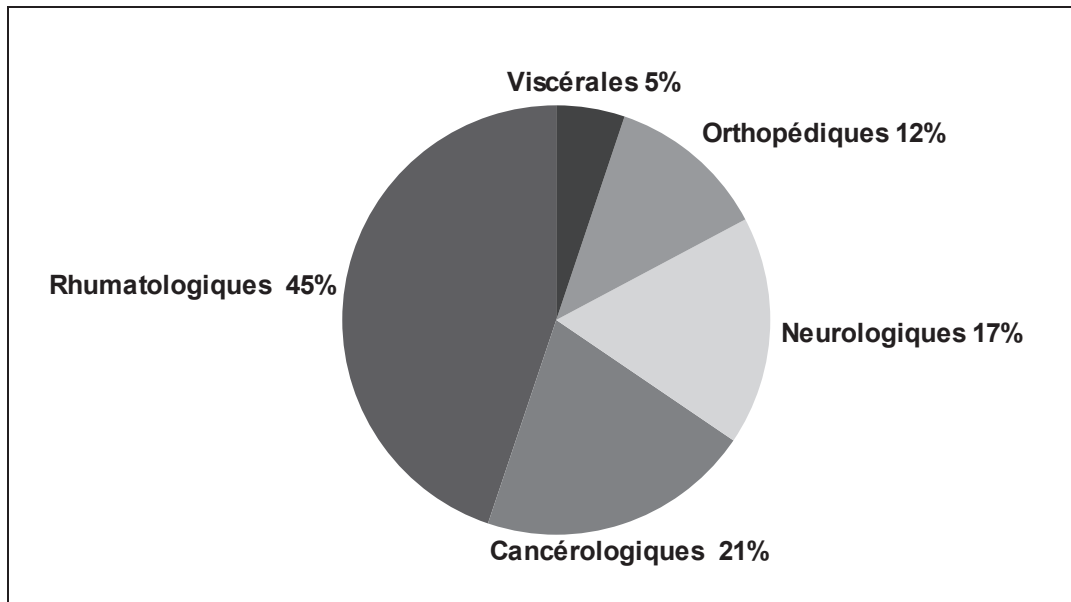


Figure 8 : Proportion des étiologies de DC étant un motif de consultation « fréquent » à « très fréquent »

A l'inverse, l'origine rhumatologique était «très peu fréquente» à « peu fréquente » dans 4% des cas, cancérologique dans 19,6%, neurologique 21,7%, orthopédique 25% et viscérale 29,3%.

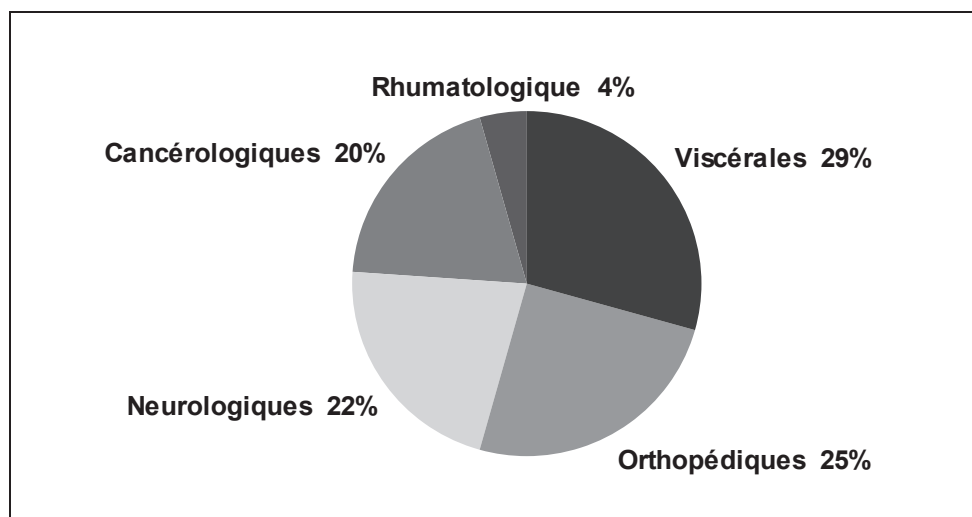


Figure 9 : Proportion des étiologies de DC étant un motif de consultation « très peu fréquent » à « peu fréquent »

II.2.1.4.Évaluation de la douleur

Le ressenti du patient était utilisé par 90% des praticiens de l'échantillon (n=27) et les échelles d'évaluations (EVA, EVS) par 70% (n=21). Le ressenti du patient était utilisé seul par 13,3% (n=4), au moins associé au retentissement sur les activités par 53,3% (n=16) et au moins à une échelle d'évaluation pour 60% (n=18).

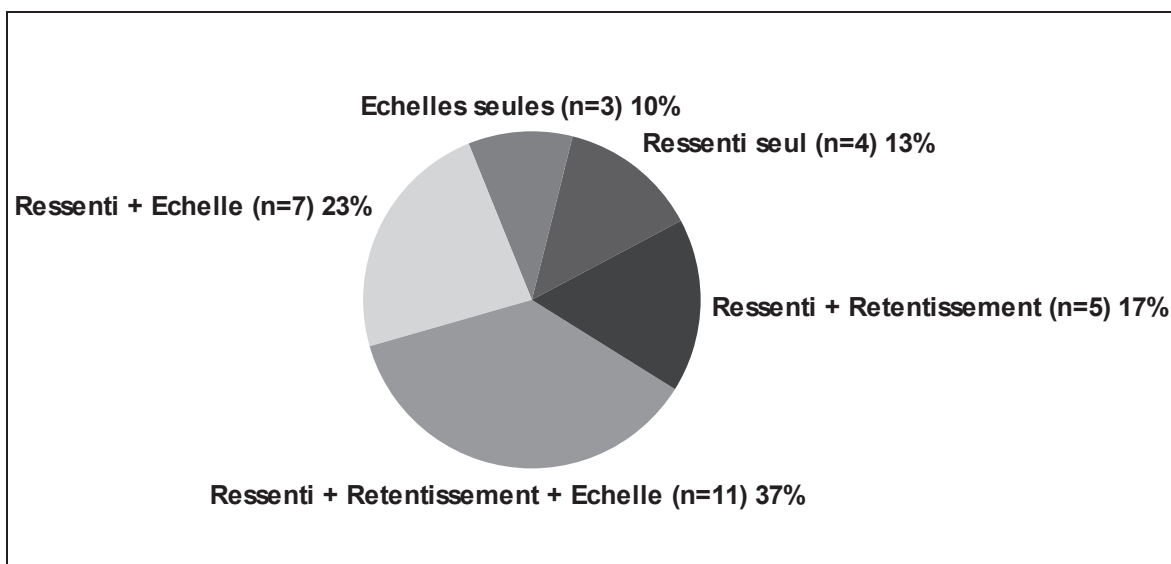


Figure 10 : Proportion représentée par chaque méthode d'évaluation de la douleur

Quand une échelle d'évaluation était utilisée (n=21), l'EVA l'était par 57% des médecins (n=12), l'EVS par 14,3% (n=3) et simultanément par 28,6% (n=6).

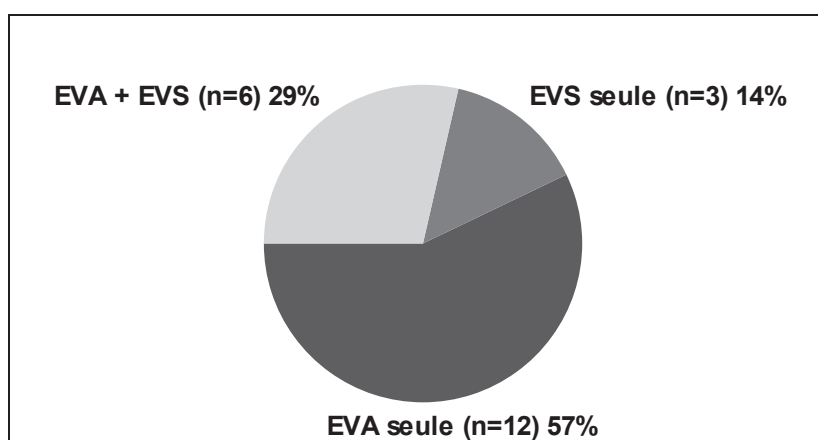


Figure 11 : Utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur

Chez les praticiens interrogés qui n'utilisaient pas d'échelles d'évaluation de la douleur (n=9), le nombre moyen de consultations hebdomadaires était de 123, et la proportion de patients douloureux chroniques était de 10%. Il n'y avait pas de différence significative avec les résultats de l'échantillon entier (IC = 95%, écart-réduit = 0.81).

Les questionnaires d'hétéro-évaluation (tel que le DOLOPLUS [ANNEXE 2]) et les questionnaires qualitatifs (tel que le DN4 [ANNEXE 1]) étaient respectivement utilisés par 20% des praticiens (n=6), dont 83% (n=5) avaient une formation complémentaire (gériatrie, expertise médicale, coordinateur d'EHPAD, DIU prise en charge de la douleur, soins palliatifs).

II.2.1.5.Évaluation du retentissement

La qualité de vie était systématiquement prise en compte (n=30), le retentissement social par 83,3% (n=25) et le retentissement sur les activités par 53,3% (n=16).

Les critères thymiques du DSM IV étaient employés par 7% (n=2) et le Geriatric Depressive Scale par 13% (n=4) dont 33% des praticiens ayant un diplôme de gériatre (n=1). Le Hospital Anxiety and Depression scale [49] et le Beck Depressive Inventory [6] n'ont pas été choisis.

II.2.1.6.Évaluation de la pratique professionnelle

Les omnipraticiens interrogés (n=30) considéraient leur prise en charge de la douleur chronique « assez bonne » à « bonne » (moyenne globale de 6,2/10).

Le constat était semblable (« assez bonne » à « bonne ») pour les praticiens ayant un DIU douleur (6,7/10), pour ceux ayant une formation en rapport avec la douleur (6,16/10) et pour ceux n'ayant pas de formation en rapport avec la douleur (6,2/10). Le constat numérique était en faveur du DIU douleur.

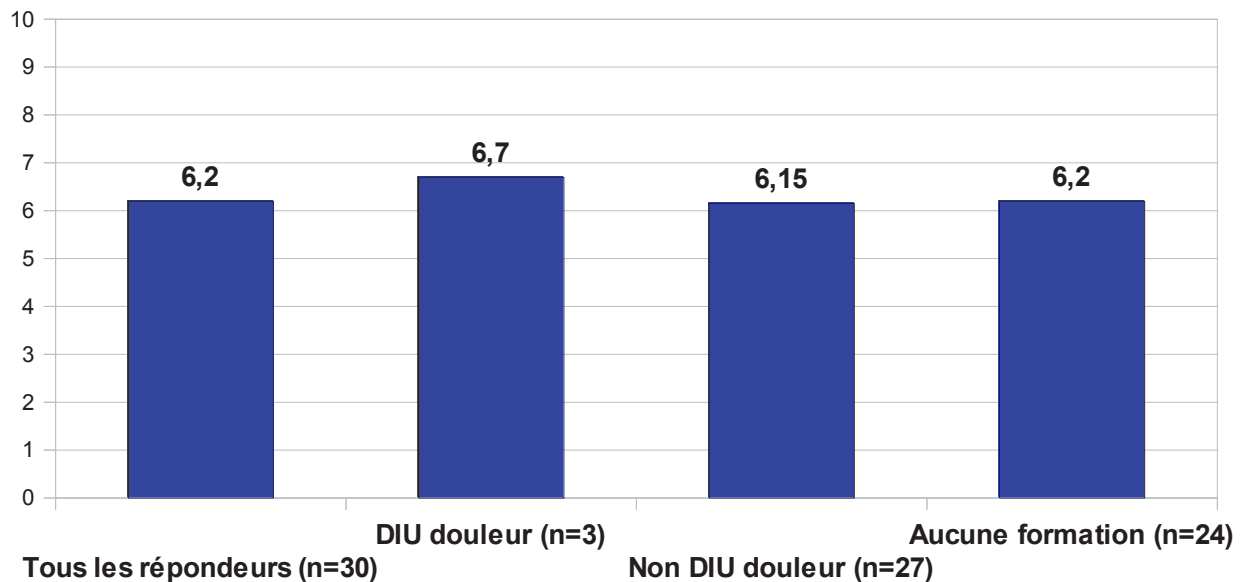


Figure 12 : Note attribuée par les médecins concernant la prise en charge de la DC (n=30)

II.2.1.7.Évaluation de la formation universitaire relative à la douleur

La qualité de l'enseignement universitaire relatif à la prise en charge de la douleur reçu était considérée comme « assez moyenne » à « moyenne » (4,6/10).

Elle était « assez bonne » (6/10) pour ceux ayant un DIU douleur (n=3). Elle était « assez moyenne » à « moyenne » pour ceux n'ayant pas de DIU douleur (n=27) et pour ceux (n=24) n'ayant aucune formation ayant attrait à la douleur (respectivement 4,4/10 et 4,12/10).

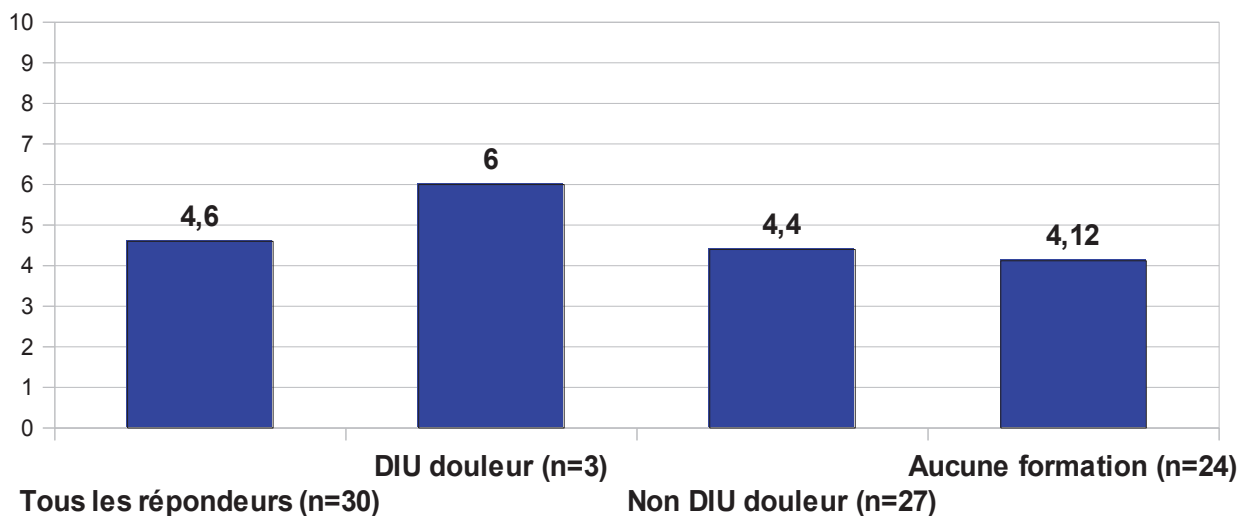


Figure 13 : Note attribuée par les médecins concernant la qualité de leur formation relative à la douleur (n=30)

II.2.1.8.Consultation spécialisée dans la douleur en Corse

73% des médecins de l'échantillon (n=22) adressaient leurs patients en consultations douleur. Parmi eux 68,2% obtenaient une consultation en moins de 15 jours (n=15) et 31,8% en au moins 15 jours (n=7).

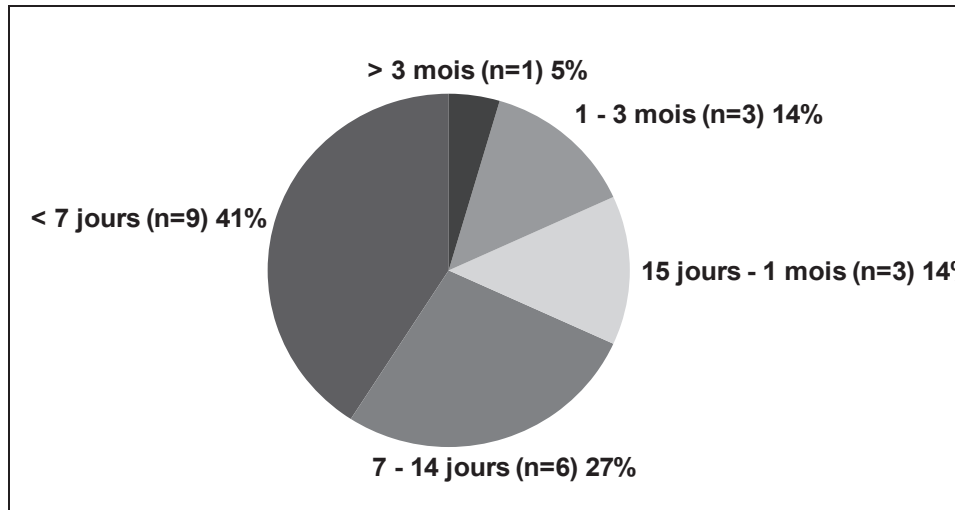


Figure 14 : Répartition en fonction du temps nécessaire aux médecins pour obtenir une consultation spécialisée dans la douleur en Corse (n=22)

18,7% des médecins de Corse-du-Sud (n=3) et 35,7% de Haute-Corse (n=5) n'adressaient pas en consultation douleur, soit 26,6% des médecins interrogés (n=8).

Quant au temps nécessaire aux médecins pour obtenir une consultation douleur :

- En Corse-du-Sud (n=13), 92,3% l'obtenaient en moins de 15 jours (n=12) dont 61,5% en moins de 7 jours (n=8) et 7,7% en au moins 15 jours.
- En Haute-Corse (n=9), 33,3% le faisait en moins de 15 jours (n=3) dont 11,1% en moins de 7 jours (n=1) et 66,6% en au moins 15 jours dont 44,4% en plus d'un mois (n=4).

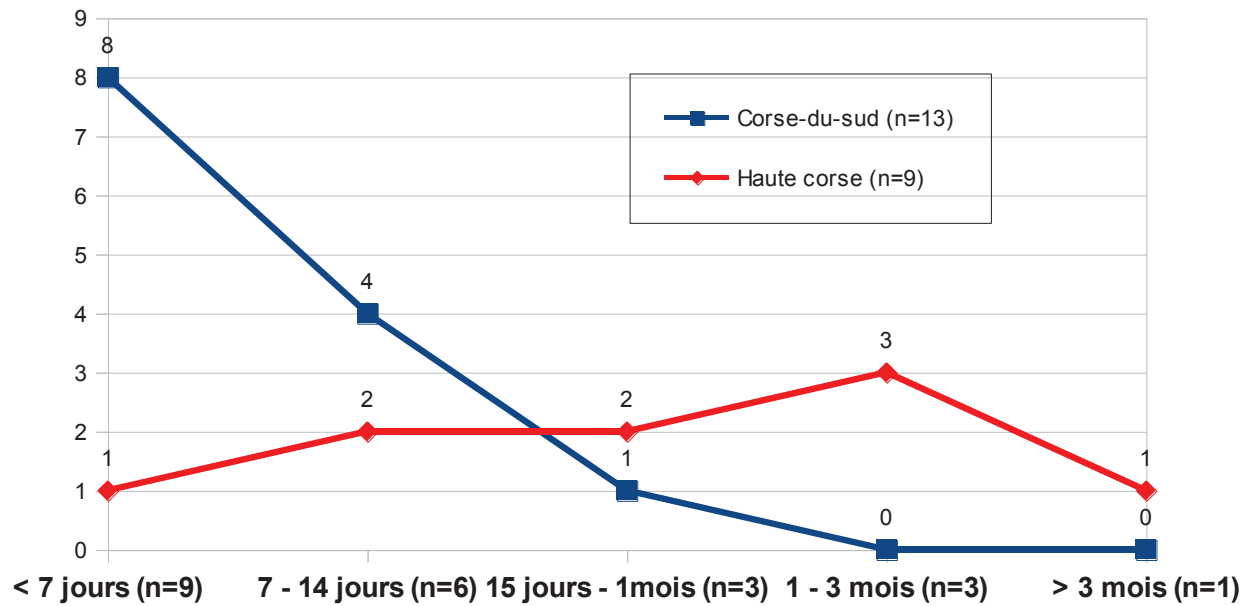


Figure 15 : Temps moyen nécessaire aux médecins de chaque département de Corse pour obtenir une consultation spécialisée dans la douleur

Les médecins de Corse-du-Sud obtiennent une consultation en moins de 15 jours statistiquement plus souvent que leurs confrères de Haute-Corse (IC = 95%, écart-réduit = 2.92).

II.2.2.Dossiers cliniques

II.2.2.1.Caractéristiques des patients sélectionnés

L'échantillon de patients douloureux chroniques (n=30) comprenait 43% d'hommes (n=13) et 57% de femmes (n=17). Le sex ratio était comparable à l'étude de BREIVIK et al (IC = 95%, écart-réduit = 0.32) [11]. L'âge moyen est de 64,3 ans : 65,7 ans pour les hommes et 63,17 ans pour les femmes.

II.2.2.2.Pathologies non cancéreuses représentées

Radiculopathie	N=12 ; 40%
Dorsolombalgie	N=6 ; 20%
Arthrose	N=4 ; 13%
Névralgie	N=3 ; 10%
Post opératoire	N=2 ; 7%
Tendinopathie	N=1 ; 3%
Viscérale	N=1 ; 3%
Fibromyalgie	N=1 ; 3%
Vasculaire	0
Cutanée	0

Tableau 2 : Répartition des patients sélectionnés en fonction des pathologies

On retrouvait 40% de patients présentant des radiculopathies (n=12), 20% de dorso-lombalgies (n=6), 13% de douleurs arthrosiques (n=4), 10% de névralgies (n=3), 6,6% de douleurs post opératoires (n=2), 3,3% de tendinopathies (n=1) et de douleurs viscérales (n=1). Les douleurs vasculaires et cutanées n'ont pas été représentées.

II.2.2.3.Volet thérapeutique

II.2.2.3.1.Autour de la décision thérapeutique

53,3% des médecins ont accepté de répondre à cet item (n=16).

Du point de vue du médecin traitant, 37,5% avaient la crainte d'une balance bénéfice-risque défavorable (n=6), 18,8% mettaient en cause la délicatesse du maniement des traitements (n=3), 12,5% s'inquiétaient de l'absence de possibilité de surveillance (n=2), et 12,5% craignaient un mésusage (n=2). 25% ont exprimé qu'aucun facteur en particulier n'avait sur le moment modéré leur prescription (n=4).

Le point de vue supposé du patient était rapporté dans le questionnaire par le médecin, les données sont donc rapportées au conditionnel. La peur des effets secondaires liés aux paliers III aurait été sur le moment une préoccupation pour 68,7% d'entre eux (n=11), 18,8% (n=3) auraient trouvé que le traitement proposé était disproportionné (« je n'ai pas si mal que ça »), 12,5% (n=2) auraient craint la valeur symbolique (fin de vie) accordée aux antalgiques de palier III. Dans 12,5% des cas, l'entourage du patient aurait désapprouvé le traitement (n=2). 18,8% des patients n'auraient exprimé aucune réticence avec la prescription de paliers III proposée (n=3).

II.2.2.3.2. Emploi des antalgiques de palier III

96,6% des médecins étaient prescripteurs de paliers III (n=29) : 93,3% en étaient prescripteurs devant une DCC (n=28) et 93,3% devant une DCNC (n=28). On a pu constater que :

- Toute Dénominations Communes Internationales (DCI) confondues, les formes à libération immédiate étaient seules à être prescrites pour 13% des patients (n=3) et à libération prolongée pour 41,4% (n=12). 48,3% des patients ont au moins reçu les deux formulations (n=14) de façon synchrone ou séquentielle. Parmi les personnes ayant reçu une molécule à libération prolongée quelle que soit la DCI (n=26), 38,5% avaient au moins 75 ans (n=10).
- Pour le fentanyl : la formulation à libération prolongée était citée dans 55% des cas (n=16) dont 50% pour des sujets ayant au moins 75 ans (n=8). La formulation à libération immédiate était prescrite dans 4 dossiers, dont 75% pour des patients ayant au moins 70 ans (n=3).
- Pour la morphine : on retrouvait la formulation immédiate dans 51,7% des dossiers (n=15) et prolongée dans 41,3% (n=12).
- Les formes immédiates et prolongées à base d'oxycodone ne sont citées que dans un seul dossier clinique.

Deux dossiers ont attiré notre attention du fait de la multiplicité des spécialités employées :

- Le cas d'une femme de 85 ans souffrant de dorso-lombalgies, ayant au moins reçu deux spécialités à base de fentanyl LP (Matrifen®, Durogesic®) et de fentanyl LI (Effentora®). Elle a présenté plusieurs effets indésirables (constipation, rétention d'urine, vomissements, hallucination, somnolence) n'ayant pourtant pas nécessité d'arrêt du traitement, mais un avis spécialisé.
- Le cas d'une femme de 35 ans atteinte de radiculopathie, ayant au moins reçu une spécialité à base de morphine LI (Actiskenan®), de morphine LP (Skenan®), d'oxycodone LI (Oxynorm®), d'oxycodone LP (Oxycontin®), de fentanyl LI (Instanyl®) et de fentanyl LP (Matrifen®). Elle a présenté plusieurs effets indésirables (constipation, vomissement, hallucination, confusion, rétention d'urine) ayant conduit à un arrêt du traitement et un avis spécialisé sur le continent.

La sophidone n'a pas été prescrite. La citation exhaustive des traitements employés ne permet pas de constater des associations de molécules privilégiées, ni s'il y a eu titration.

II.2.2.3.3.Effets secondaires et attitudes des médecins

Constipation	N=19 ; 65,5%
Somnolence	N=13 ; 44,8%
Vomissement	N=8 ; 27,6%
Hallucination	N=3 ; 10,3%
Confusion	N=2 ; 6,9%
Mal être	N=2 ; 6,9%
Rétention d'urine	N=2 ; 6,9%
Dépression respiratoire	N=1 ; 3,45%
Allergie	N=1 ; 3,45%

Tableau 3 : Pourcentage des effets secondaires parmi les patients douloureux chroniques ayant reçu un antalgique de palier III (n=29)

Parmi les patients ayant reçu des paliers III (n=29), 86,2% ont eu des effets secondaires (n=25). La constipation seule concernait 24% des patients ayant eu des effets secondaires (n=6) et était associée avec au moins un autre symptôme dans 48% des cas (n=12).

Concernant l'attitude des médecins traitants (questions ouvertes) :

- Pour la majorité des situations, il a été instauré un traitement symptomatique, la posologie a été diminuée ou le patient informé du caractère passager des symptômes (somnolence).
- L'arrêt du traitement a été mentionné au sein de 17,24% des dossiers (n=5). 80% des patients concernés (n=4) avaient moins de 65 ans.

II.2.2.3.4. Le contact avec le spécialiste de la douleur

73% des médecins (n=22) ont déclaré ne pas avoir eu besoin de recourir à un spécialiste de la douleur. Aucun n'a répondu « je n'en connaissais pas ».

27% des patients ont été adressé en consultation spécialisée (n=8) : 50% l'ont été chez un algologue en Corse (n=4), 37,5% sur le continent (n=3) et un patient chez un neurochirurgien.

L'item relatif au niveau de satisfaction vis à vis du correspondant douleur ne sera pas détaillé. Outre le manque d'éthique intrinsèque de la question, le faible taux de réponses rendait les résultats peu pertinents.

II.2.3. La prise en charge de la DCNC

II.2.3.1. Facteurs pouvant être une gêne

56,6% des médecins (n=17) évoquaient des facteurs gênant la prise en charge de la DCNC : 64,7% d'entre eux mentionnent le manque de temps pendant la consultation

(n=11), 58,8% le manque de formation médicale spécifique (n=10), 53% les limites de l'offre régionale en consultation douleur (n=9), et 44,4% les réticences d'une patientèle mal informée (n=7).

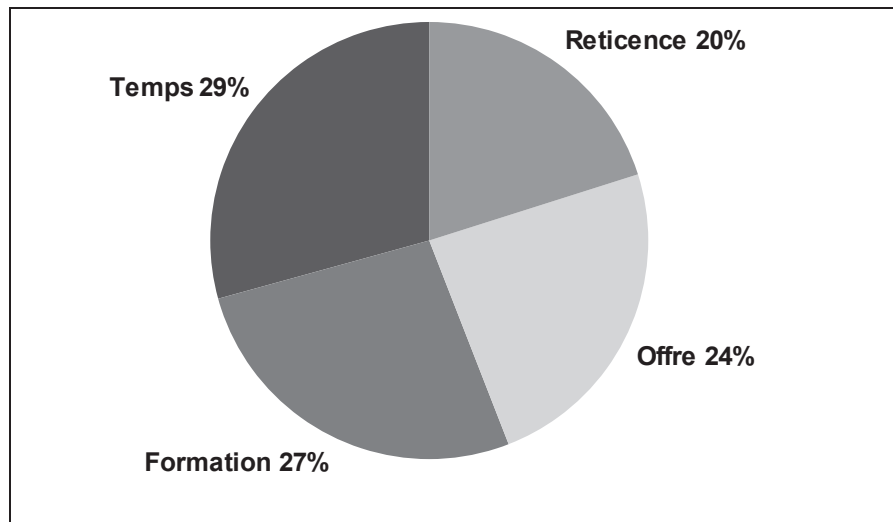


Figure 16 : Proportion des facteurs pouvant gêner la prise en charge de la DCNC

Le pourcentage de patients présentant une DC dans le sous groupe des médecins qui évoquaient le manque de temps lors de la consultation (n=11) était comparable au reste de l'échantillon (n=19), respectivement de 10,75% et 11%.

La note moyenne attribuée à la qualité de la formation universitaire par le sous groupe des médecins qui évoquaient le manque de formation médicale spécifique (n=10) comparé au reste de l'échantillon (n=20) était inférieure (respectivement 3,9/10 et 4,95/10).

89% des médecins qui évoquaient les limites de l'offre régionale (n=9) exerçaient en Haute-Corse (n=8). 33% exerçaient en zone rurale (n=3), tous en Haute-Corse.

II.2.3.2.Facteurs pouvant y contribuer favorablement

L'amélioration de leur formation était une nécessité pour 46,6% des médecins (n=14) quelle que soit l'ancienneté dans la profession. La formation médicale continue (FMC) en était le principal recours (n=8)

Le contact avec des intervenants spécialisés lors de réunions entre pairs ou de groupes d'analyse de pratique (n=3), le rôle des visiteurs médicaux sur la présentation de nouvelles galéniques ou techniques (n=4) étaient aussi mis en avant.

32% souhaitaient la mise en place, la participation et l'amélioration de l'accessibilité (structures fléchées) à un réseau douleur (n=7).

II.2.4.L'apport d'un guide pratique sur la prise en charge de la DCNC

Parmi les répondants (n=29), 79,3% étaient intéressés (n=23) par un guide d'aide à la prescription des antalgiques de palier III dans la DCNC (n=23). Le format numérique était 2 fois plus plébiscité que le papier (n=8 vs n=4).

La proportion de patients douloureux chroniques dans le sous groupe de médecins «intéressés» était supérieure au reste de l'échantillon (12,65% vs 6%) et l'âge moyen était inférieur (52 ans vs 56 ans). Cependant, ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs (IC = 95%, écart-réduit de l'âge = 0.778, écart-réduit proportion DC = 1.154).

II.2.5.Commentaires des médecins

Les médecins généralistes étaient invités à donner leur point de vue sur le problème de la douleur chronique et des antalgiques de paliers III. Ces données citées ci-dessous sont exhaustives et seront discutées dans le chapitre « Analyse ».

- « Intérêt de structures fléchées et des méthodes alternatives telles que l'hypnose ».
- « Le manque de correspondants anti douleur sur place est un réel problème. Nous sommes tous intéressés par le sujet (...) et sommes obligés de nous former dans la mesure de nos disponibilités ».
- « Un des problèmes majeur reste la réticence des patients à l'usage de paliers III, les problèmes de tolérance trouvant en général une solution par une bonne information, l'adaptation des doses et des formes galéniques ».

- « Les centres antidouleur ont les mêmes traitements ».
- « Dr B. assure une réunion d'information à Sartène »
- « J'espère que la consultation douleur chronique verra le jour à Ajaccio début 2014, pour l'instant c'est du bouche à oreille et beaucoup de patients partent sur le continent, ce qui n'est finalement que rarement nécessaire. Je pense que les plus grandes réticences viennent encore du monde médical (...) ».
- « La douleur chronique nécessite beaucoup de temps ».
- « cursus formation à envisager sur place ».

II.3.Discussion

II.3.1.Ce que l'on retient

II.3.1.1.Objectif principal et problématique

Rappel de notre interrogation : *«Quelles sont les modalités d'utilisation des antalgiques de paliers III dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses de l'adulte en Corse, en cabinet de Médecine Générale ? ».*

De notre étude, il ressort les modalités de prescriptions suivantes :

- L'emploi des antalgiques de palier III était une évidence pour la majorité des médecins interrogés dans le traitement de la DCNC.
- La gestion de la DCNC ne faisait pas systématiquement l'objet d'une caractérisation objective par échelles ou questionnaires, dont certains apparaissent en rapport avec une pratique spécifique (expertise, gériatrie...), alors que le ressenti du patient était toujours pris en compte.
- L'élément décisionnel majeur pour le médecin était de réfléchir à une balance bénéfice risque optimale, tout en tenant compte des effets secondaires potentiels.
- Les formes LP était plus souvent citées toutes DCI confondues, notamment chez les sujets âgés de plus de 75 ans, après un emploi optimal des autres paliers antalgiques.
- Le fentanyl LP et la morphine (toute formulation) étaient les plus employées.
- Certaines situations cliniques ont fait l'objet d'emploi d'antalgiques hors AMM (notamment le fentanyl à libération immédiate).
- Il y a eu peu de recours à un algologue en cas d'effets secondaires ou de persistance de la douleur.

II.3.1.2.Les objectifs secondaires

Mise en évidence des facteurs limitant l'utilisation des antalgiques de palier III en pratique :

- Il n'y a pas de « limite » à leur utilisation au sens propre du terme.
- Elle repose sur l'intégration au sein de la décision thérapeutique de nombreux facteurs, ayant chacun un impact différent dans la conscience du médecin (modélisée par ses expériences, sa formation...) et sa pratique.
- Les effets secondaires étaient quasiment systématiques, la constipation en premier lieu. Par une adaptation de la posologie, des traitements symptomatiques et l'information fournie au patient, ils ne constituaient pas nécessairement une limite mais une appréhension, qui est intégrée à la décision thérapeutique.

Mise en avant des besoins et attentes des MG corses dans l'aide au traitement des douleurs chroniques :

- La formation des médecins était la proposition la plus citée.
- La satisfaction quant à la gestion de la DC était vraiment perceptible chez les médecins généralistes ayant une formation professionnelle en rapport avec la douleur.
- La mise en place de structures dédiées à la douleur, notamment en Haute-Corse où le temps d'accès à une consultation spécialisée dans la douleur apparaissait significativement plus long.
- L'identification et la caractérisation de la DC serait meilleure s'ils disposaient de davantage de temps en consultation (pour pallier à la moindre utilisation d'échelle de mesure).

La création d'un guide pratique d'aide à la prescription de paliers III [ANNEXE 6] :

- Sachant que la DC représente plus de 10% de leur patientèle, la majorité des médecins étaient intéressés par l'idée d'un guide (numérique notamment).
- Le plébiscite était perceptible chez des médecins moins âgés que la moyenne de l'échantillon, et dont la proportion de DC parmi leur patientèle était plus importante (résultats non significatifs).

II.3.2.Analyse des observations

II.3.2.1.Les modalités d'utilisation

II.3.2.1.1.Chez la personne âgée

On ne s'attendait pas à observer autant de formulation LP dans les prescriptions chez les sujets âgés, plus à risque d'avoir des effets délétères du fait de la sénescence du métabolisme, des interactions médicamenteuses possible (poly médication) et de la moindre masse maigre.

L'*American Geriatric Society* suggère d'utiliser le plus souvent possible une forme à libération immédiate. La forme LP n'est pas « interdite » mais leur persistance dans l'organisme en cas de surdosage est plus longue, d'où la nécessité de titration [3].

Il n'a été rapporté que 5 arrêts du traitement, dont 1 chez une personne de plus de 75 ans. Les autres patients avaient reçu un traitement symptomatique ou requis une réduction de la posologie. Nous n'avons pas la notion des posologies employées, mais l'âge ne semble pas comme je le pensais un obstacle s'ajoutant aux autres.

II.3.2.1.2.La galénique transdermique

L'administration transdermique est une alternative lorsqu'une administration orale n'est pas possible [40] en vue de favoriser l'observance. L'*American Pain Society* propose

d'utiliser les formes per os autant que possible.

La proportion de patients ayant au moins reçu du fentanyl transdermique est telle que sa prescription pourrait être davantage liée au côté pratique qu'il procure (observance) plus qu'à l'impossibilité d'employer la voie orale ou qu'à la rotation des opioïdes, au détriment de l'AMM.

II.3.2.1.3. La profusion des molécules employées

On a constaté plusieurs dossiers où la thérapeutique est atypique :

- 2 dossiers où l'on constatait l'emploi de multiples DCI de palier III.
- 4 dossiers avec du fentanyl d'action rapide, normalement réservé aux DCC.

Cela peut être le reflet, devant l'échec thérapeutique, de tentatives désespérées pour soulager le patient en l'absence de soutien de structures adaptées.

L'AMM d'un médicament ne constitue pas, comme je le pensais avant de proposer ce sujet, une « interdiction » : d'après la Loi du 17/12/12 du code de Santé Publique, une spécialité pharmaceutique « *peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son AMM en l'absence de d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une AMM (...) sous réserve : que les conditions d'utilisations considérées aient fait l'objet d'une recommandation temporaire(...) ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer l'état clinique du patient* », mais le prescripteur doit en informer le patient et le signaler sur l'ordonnance.

II.3.2.2. Les données relatives à la DC

Nous avons constaté que la proportion de DC (10,9%) était plus élevée au sein de la patientèle des médecins qui avaient une formation complémentaire en rapport avec la douleur (14,46%) que ceux qui n'en n'avaient pas (9,6%). Outre que cela soit lié à une orientation des patients vers des praticiens qui ont des compétences en rapport avec la douleur, il pourrait y avoir de la part de ces derniers une sensibilisation plus systématique

pour les patients ayant une DC.

Le pourcentage de patients identifiés avec une DC était d'autant plus faible que la charge de travail du médecin (nombre moyen de consultations hebdomadaires) était importante. Le manque de temps était le facteur limitant le plus cité par les médecins de l'échantillon.

Comme dans l'étude de l'*European Federation of IASP Chapters* [19], les étiologies rhumatologiques prédominaient largement. Nous avons retrouvé une prépondérance des origines cancéreuses plus importante que ce que suggère cette étude : peut être est ce le fait de la proportion de médecins de l'échantillon exerçant à mi temps au sein des hôpitaux (20%), d'une épidémiologie propre à la région ou du manque de prise en charge des soins palliatifs en milieu rural ?

II.3.2.3. La disparité Nord-Sud

La majorité des médecins se plaignant des carences de recours à un algologue, ou autre spécialiste de la douleur, exerçaient en Haute-Corse. L'estimation du temps nécessaire à l'obtention d'une consultation en algologie était plus importante que celle de leurs confrères de Corse-du-Sud (IC de 95%, écart-réduit = 2.92), à plus forte raison en zone rurale. 10% des patients sélectionnés par les enquêtés ont été adressés sur le continent (frais supplémentaires, contraintes pour les sujets âgés).

Davantage de médecins en Haute-Corse n'adressaient pas en consultation douleur: peut être est-ce du fait qu'ils n'auront pas de consultation en temps utile et donc prescrivent seuls ? Ou est-ce lié à un biais de sélection (taux de réponse trop faible, sous groupes départementaux non comparables) ?

Dans la partie « expression libre », les termes employés par les médecins étaient assez suggestifs : en Corse-du-Sud on parlait de « contact avec un réseau douleur » alors qu'en Haute-Corse on évoquait plutôt la « mise en place de structures ».

Malgré les biais méthodologiques, ces observations restent compatibles à ce que j'ai pu observer dans ma pratique.

II.3.2.4.L'impact de la formation des praticiens

Il n'est pas surprenant de voir que les médecins interrogés jugeaient leur gestion de la DC et leur formation universitaire avec d'autant plus de satisfaction qu'ils avaient reçu une formation en rapport avec la douleur (et au mieux avec un DIU douleur).

Sur un aspect qualitatif, la satisfaction était comparable entre les médecins avec et sans formation, décrivant leur gestion de la DC comme « assez bonne » à « bonne ».

Nous avons peu de praticiens avec une formation complémentaire sur la douleur dans notre échantillon (3 DIU prise en charge de la douleur). Nous ne disposons pas de données sur le nombre et le type de formations des médecins généralistes de la région pour comparer ce résultat. Le manque de formation était cité par une majorité de médecin comme un facteur limitant, pouvant être pallié notamment par la FMC et les groupes de pairs (c'est le cas sur Sartène).

II.3.2.5.L'évaluation de la douleur et de son retentissement

L'évaluation de la douleur se faisait d'avantage par l'évaluation du ressenti du patient qu'à l'aide d'une échelle d'évaluation. D'ailleurs, un des médecins interrogés a commenté à propos des échelles : « Elles me sont inutiles ! ». Dans l'étude de BREIVIK et al. « Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment » (2006) [11] et de la British Pain Society « Pain in Europe – a 2003 report » (2003) [13], l'absence d'utilisation de ces échelles était identifiée comme un des facteurs qui contribuaient à la moindre considération de la DC.

Selon, l'OMS, les antalgiques, a fortiori de palier III, doivent être prescrits en rapport avec le niveau de douleur évalué par échelle [37 ; 47]. Il y a nécessairement un juste milieu entre une profusion d'échelles et de questionnaires objectifs, et le « tout subjectif ».

L'EVA était l'échelle la plus utilisée du fait de sa facilité et reproductibilité. Les questionnaires de type DOLOPLUS ou DN4 apparaissaient davantage en lien avec une pratique spécifique (gériatrie, expertise...) qu'avec une pratique courante en Médecine Générale.

D'après l'étude de POUCHAIN et al. « Échelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ? » (2002) [38], l'emploi systématique des échelles dans la douleur chronique n'est pas adapté aux conditions de soins primaires, et ne permettrait pas de procurer aux patients un soulagement supplémentaire, au mieux le sentiment d'être correctement pris en considération. On ne peut résumer la douleur à une simple donnée clinique quantifiable que l'on pourrait comparer à une norme. On risque de perdre la spécificité du symptôme douloureux, sa valeur clinique et parasiter la richesse de la relation médecin-malade.

Une relation inversement proportionnelle entre la charge de travail et le temps consacré à la prise en charge de la DC serait cohérente, mais nos résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Il semblerait que les médecins ne systématisaient pas l'emploi d'échelles ou de questionnaires, du fait de leur profusion et du temps qu'elles requièrent.

Le retentissement de la DCNC sur la qualité de vie était recherché systématiquement par les médecins, ainsi que sur les relations sociales par une majorité. Le retentissement sur les activités n'était recherché que par une courte majorité. Le retentissement sur l'humeur du patient, les critères du DSM IV et les échelles plus spécifiques n'avaient pas de place en pratique courante.

II.3.2.6. Le point de vue du médecin

Pour les médecins, la crainte d'une balance bénéfice-risque défavorable était la plus importante. Seul 1/8 s'inquiétaient d'un mésusage, chez deux patients ayant moins de 55 ans.

¼ des médecins interrogés déclaraient qu'aucun facteur n'avait limité leur prescription. Il aurait fallu croiser les données avec les caractéristiques du patient (pathologies associées, facteurs de risque ...), mais nos données étaient trop pauvres pour discerner une tendance (moins d'inquiétude en fonction des années de pratique ? du terrain du patient?).

La diminution de la posologie et l'information du patient étaient les solutions les plus référencées pour la gestion des effets secondaires.

A noter qu'un seul médecin interrogé signalait ne pas avoir l'habitude de prescrire des antalgiques de paliers III: le profil était celui d'un homme de 55 ans exerçant sur un pôle urbain, ayant une patientèle hebdomadaire importante (150), une faible proportion de DC (3,3%), n'utilisant pas d'échelle ou de questionnaire et ayant une mauvaise opinion de sa gestion de la DC (« insuffisante ») et de sa formation (« très insuffisante »).

Les données rapportées par les médecins concernant le point de vue des malades constituent des informations conditionnelles et ne seront pas détaillées. Les effets secondaires étaient rapportés comme étant la crainte première des patients face à l'instauration du traitement par palier III.

II.3.2.7.Les effets secondaires

La majorité des patients ont eu des effets secondaires, la constipation en premier lieu. La somnolence et les vomissements y étaient les plus souvent associés.

L'arrêt du traitement n'avait concerné que 5 cas cliniques, dont 4 d'âge compatible avec une activité professionnelle, suggérant que cette donnée pourrait avoir une influence dans la prescription (et le maintien) d'un antalgique de palier III.

II.3.2.8.La prise en charge de la DCNC

Une large majorité des médecins interrogés étaient prescripteurs de palier III devant une DCNC (et une DCC). Les facteurs que nous avons mis à l'étude dans notre questionnaire n'étaient pas à proprement parler une entrave quant à l'utilisation des paliers III en pratique.

La notion de réticence du patient en lien avec un manque d'information était validée par 44% des médecins. Dans le cadre de la relation médecin-malade, l'information est capitale pour l'adhésion au traitement.

Quant à la prise en charge de la DCNC (et DCC), le manque de temps était le

facteur limitant le plus signalé, devant le manque de formation médicale, les limites de l'offre de recours en algologie et les réticences des patients.

II.3.2.9. Entretien avec les médecins

A partir des commentaires des médecins on relève trois grands thèmes :

- Le problème de l'offre de soins sur place : le « manque de correspondants sur place » est identifié comme un « réel problème ». Il est fait référence à « des structures fléchées » qui pourraient épauler le médecin et où l'on pourrait proposer « des méthodes alternatives ». Des projets sont en attente, et les médecins doivent recourir à des consultations informelles avec des spécialistes en clinique ou sur les centres hospitaliers. Parfois, les patients sont adressés sur le Continent faute de pouvoir consulter sur place.
- La formation des médecins généralistes : la douleur chronique est un sujet qui intéresse les médecins. Ils organisent des réunions de pairs pour pouvoir s'informer. La formation se fait dans « la mesure des disponibilités » de chacun (gestion du cabinet, vie privée) et certains aimeraient que des formations soient organisées sur place.
- La prise en charge thérapeutique : les médecins auraient « une part de responsabilité dans les réticences » qui accompagnent l'emploi des antalgiques de palier III. Ils ont un devoir d'information envers le patient afin de l'aider à surmonter les problèmes de tolérance aux traitements. Le temps est un facteur limitant pour une bonne prise en charge.

II.3.3. Biais de l'étude

II.3.3.1. Le taux de réponses

L'étude accuse un pourcentage de réponse très décevant malgré les relances téléphoniques. J'en ai identifié les principales causes :

- La période de recueil était contraignante pour les médecins sollicités (vacance scolaire, périodes d'affluences estivales...).
- La conciliation de mon travail hospitalier et de l'enquête était ardue (impossible de me déplacer aux différents cabinets).
- L'aversion des médecins pour les questionnaires en général (bien que testé au préalable, il a été considéré comme « trop long » a posteriori par certains).
- La mauvaise conceptualisation du sujet (définition de « influençant », définition de la douleur chronique, crainte d'une critique des pratiques professionnelles).

La moitié seulement des médecins ont répondu à la Question 6 du « Cas Clinique », malgré les relances téléphoniques. Il s'agissait seulement de discerner quels facteurs étaient d'avantage pris en compte lors de la prescription, et non pas de critiquer le travail des médecins comme il me l'a été reproché.

II.3.3.2.La méthodologie

II.3.3.2.1.Le calcul de la proportion de DC

La proportion de DC (10,9%) que nous avons déduite était largement inférieure à la prévalence retrouvée dans l'étude française de BOUHASSIRA et al. «Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population» (2006) de 31,7% [8]. Notre résultat était plus proche de l'étude de BREIVIK et al. (15%) [11] avec un sex-ratio H/F comparable (0,70 vs 0,69, IC 95%, écart-réduit = 2.92) mais l'âge moyen de notre étude était supérieur (64,3 ans vs 50,7 ans). Pour mémoire, ces études utilisaient le même délai de 3 mois pour la définition de la DC.

Notre calcul reposait sur le quotient de la moyenne de patient présentant des douleurs chroniques (> 3mois) sur la moyenne du nombre de consultations hebdomadaires. Chacune de ces données était une estimation par chacun des médecins de la région, car une mesure précise était pour beaucoup techniquement impossible (pas d'informatique, partage d'activité). Le résultat est donc soumis à un biais de mesure et ne pourrait être qu'une estimation de la prévalence.

II.3.3.2.2.Constitution de l'échantillon de médecins

Comparé aux données du conseil de l'Ordre de PACA, l'échantillon de médecins généralistes était satisfaisant concernant l'âge moyen (51,56 ans vs 54 ans), la provenance universitaire, la diversité au niveau de l'ancienneté dans la profession et la proportion de médecins issus des départements 2A et 2B.

Les femmes médecins ont été sous-représentées (n=3, sex ratio H/F = 6.7) comparé aux données 2013 de l'Ordre (sex ratio H/F = 3.6).

La proportion entre zone urbaine et rurale et le mode d'exercice (seul, association, mi temps) n'ont pu être comparées faute de données officielles.

Les réponses obtenues ne sont pas représentatives de toute la région, faute de réponses en provenance de Balagne, de la côte ouest et du centre (faible densité de médecins), renforçant le biais de sélection.

II.3.3.2.3.La représentativité de l'échantillon de patients

Demander aux médecins de sélectionner un patient pour lequel ils avaient identifiés un problème lié au traitement de la DCNC n'a pas permis de constituer de sous groupes comparables. Cela aurait été possible avec un taux de réponse plus conséquent

II.3.3.2.4.Le choix des pathologies

La façon dont les pathologies sont présentées dans le questionnaire était discutable : j'ai choisi de proposer 5 grands ensembles de pathologies les plus courants plutôt qu'une liste exhaustive ou une question ouverte, ce qui a eu comme effet d'exclure d'autre pathologies douloureuses (cutanée, idiopathique...). Le faible taux de réponse fait que cela n'a pas eu d'influence sur le résultat final.

J'ai proposé les pathologies les plus courantes afin d'étudier l'emploi des paliers III et les comparer aux recommandations, mais elles n'ont pas été toutes représentées.

II.3.3.2.5. Autour de la prise en charge de la DC

L'intitulé de la Question 1 de la partie « Expression libre » peut être critiquable car de ce fait c'est la DCNC et sa gestion qui sont au centre de la discussion, et non plus les antalgiques de palier III.

Le nombre de réponses obtenues ne nous a pas permis de discerner une relation logique entre le nombre de consultations hebdomadaires et le nombre de réponses « manque de temps pendant votre consultation ».

II.3.3.3. Les manques de l'étude

- Les modalités d'utilisation : nous avons concentré l'étude sur des données quantitatives, au dépend de données qualitatives que la méthode ne permettait pas de recueillir. La posologie des traitements ainsi que leur durée n'ont pas été recherchés, ce qui renforce la non comparabilité des résultats obtenus. Ils auraient pu renforcer l'objectif principal.
- Plusieurs questionnaires d'évaluation de la douleur et son retentissement n'ont pas été mentionnés (questionnaire verbal de Saint Antoine, EN...).
- Certains items (traitements par paliers inférieurs, adjuvants et non médicamenteux) n'ont pas été exploités.
- Nous n'avons pu faute de données établir si le profil du médecin avait une influence sur l'emploi des paliers III (notamment en fonction des années de thèse?).

II.3.4. Points positifs et portée de l'étude

- **L'originalité du sujet :** Il n' a pas été identifié de sujets comparables dans le domaine de la Médecine Générale sur la région Corse. Il existe nombres de thèses dans d'autres régions sur le thème de la DCNC, une d'entre elles a attiré notre attention. Il s'agit d'une thèse de 2008 pratiquée dans le Val-de-Marne visant à connaître les habitudes de prescriptions des médecins généralistes quant à la prescription des antalgiques de palier III dans la douleur cancéreuse et la DCNC, au moyen d'une enquête d'observation [39]. Plusieurs résultats sont superposables aux nôtres : les formes LP orales ou transdermiques sont les plus utilisées ; les effets secondaires et la dépendance sont les réticences les plus rencontrées ; la prescription est limitée par le manque de formation, les réticences et leur difficulté d'utilisation. Mais le point commun dans ces enquêtes est l'existence d'un centre anti-douleur régional de référence, contrairement à la région Corse.
- **Connaissance de la place de la mesure de la douleur dans la pratique :** L'emploi des échelles de mesures et de questionnaires n'était pas systématique, bien que souvent associé à la considération du ressenti et du retentissement. Ils permettent en théorie de mieux identifier et suivre un patient présentant une DC, mais nous avons vu dans la littérature que cette corrélation ne se vérifie pas en situation de soins primaires.
- **L'exposition de l'écart entre AMM et pratique professionnelle :** Les médicaments disposent d'une AMM, mais le médecin peut l'employer dans une indication proche si c'est dans l'intérêt du patient. Explorer les modalités de prescription des antalgiques de palier III nous exposait à autant de possibilités que de médecins interrogés et de patients traités. L'emploi du fentanyl à libération immédiate n'est pas une bonne démarche, et peut être le reflet d'une impasse thérapeutique, ou d'une mauvaise information du médecin.
- **Une épidémiologie de la région :** Nous n'avons pas pu trouver de données sur la proportion de la DC dans la région Corse avant de commencer notre travail. Nos résultats pourraient constituer un début de réponse, en dépit du faible nombre de données et du biais méthodologique. Il ne serait pas étonnant d'obtenir des valeurs plus élevées à l'avenir, sachant que l'âge moyen de la population est supérieur à la

moyenne nationale. La prédominance des douleurs d'origine rhumatologique reste conforme aux données de la littérature dans les pays industrialisés.

- **Un constat objectif de l'offre de soins en région Corse :** Le problème de la douleur chronique peut mettre certains médecins dans une impasse thérapeutique sans l'aide de structures spécialisées. 27% des médecins généralistes interrogés n'adressaient pas de patients en consultation douleur. Il existe une différence significative en défaveur de la Haute-Corse quant à l'accès à une consultation spécialisée dans la douleur. L'amélioration de l'offre de soins est une solution proposée par plus de 30% des médecins interrogés. On constate que la région Corse ne profite pas des fruits des dispositions gouvernementales émanant des plans nationaux de lutte contre la douleur.
- **Un état des lieux sur la formation des médecins généralistes :** Nous avons pu proposer une évaluation qualitative et quantitative de la satisfaction des médecins quant à leur formation. Nous avons observé que peu de praticiens avaient une formation en rapport avec la douleur. La formation est identifiée comme un facteur majeur d'aide pour la prise en charge de la DCNC. Comme cela se fait sur Sartène, des groupes de pairs animés par un spécialiste de la douleur pourraient être organisés sur toute la région avec l'appui des agences de santé (cf. visioconférence depuis l'URPS).
- **Une « appréciation » des facteurs décrits dans la littérature comme un frein à la prescription :** L'exploration du point de vue du médecin montre que la crainte d'une mauvaise balance bénéfice risque est prioritaire. Cependant, le sentiment exprimé par le patient, et rapporté par son médecin, ne peut être exposé par soucis de rigorisme (biais d'interprétation). Connaître la fréquence des effets secondaires (du plus prévisible au moins courant) permet au médecin de mieux les anticiper et d'en informer son patient.
- **L'élaboration d'un guide pratique** [ANNEXE 6] : Il y a de nombreux précédents, notamment via la Société Française de Médecine Générale. Les connaissances acquises, ne seraient ce que par la constitution de la bibliographie, m'ont permis de constituer ce guide. Une version numérique verra le jour dans un second temps.

III.CONCLUSION

La douleur chronique représentait 10.9% de la patientèle des 30 médecins généralistes de la région Corse ayant répondu à l'étude. Les douleurs rhumatologiques constituaient l'origine non cancéreuse la plus fréquente. Du fait de la chronicité, ces patients sont amenés à reconsulter régulièrement leur médecin traitant, qui est limité dans le temps qu'il peut leur accorder.

La formation (diplôme complémentaire, FMC, groupe de pairs) est le principal atout cité par les médecins pour parfaire leur gestion de la DCNC. La création d'une « consultation longue pour évaluation de la douleur » à la nomenclature NGAP ou CCAM pourrait être un facteur motivant pour les omnipraticiens.

Il existe des facteurs pouvant modérer l'emploi des antalgiques de palier III quand toutes les autres ressources sont épuisées. Pour le médecin généraliste, la crainte principale était un bénéfice-risque défavorable en lien avec des effets indésirables. Lorsqu'ils survenaient, ils étaient le plus souvent mineurs (constipation et somnolence surtout) et entraînaient peu d'arrêt du traitement, souvent chez des sujets potentiellement en activité. La modification de posologie, le traitement symptomatique et l'information du patient permettaient de gérer les effets indésirables sans arrêter le traitement.

Les molécules les plus citées étaient le fentanyl à libération prolongée, devant la morphine sous forme immédiate et prolongée. Les médecins ont parfois dû se résoudre à employer des molécules hors AMM pour soulager leur patient. Chez la personne âgée, les patchs transdermiques de fentanyl étaient largement employés. Le recours à un spécialiste de la douleur n'était pas systématique en ce qui concerne les patients sélectionnés.

La différence quant aux temps d'accès aux consultations douleur, en défaveur de la Haute-Corse, contribue à une inégalité d'accès aux soins. Les omnipraticiens sont unanimes sur la nécessité de mettre en place des structures dévolues à la prise en charge de la DC, comme proposé dans le 4ème plan national de lutte contre la douleur.

Un problème pourrait être étudié suite à notre travail : quel peut être le risque d'addiction induite par une utilisation inappropriée de certains antalgiques de palier III ?

IV.BIOGRAPHIE

-
- [1] **AFFSAPS**. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. 2004. [en ligne] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf
- [2] **Agence Régionale de Santé**. L'offre de soins en Corse - Données chiffrées sur l'offre sanitaire et médico-sociale. 2011. [en ligne] http://www.ars.corse.sante.fr/fileadmin/CORSE/documentation/offre_de_soins/Diagnostic_PSRS_Offre_de_soins.pdf
- [3] **American Geriatric Society**. Pharmacological management of persistent pain in older persons – guideline. *Journal of American geriatric society*, 2009, pp. 1331-1346. [en ligne] http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf
- [4] **American Pain Society / American Academy of Pain Medicine**. Guideline for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. *The Journal of Pain*, 2009. [en ligne] http://www.americanpainsociety.org/uploads/pdfs/Opioid_Final_Evidence_Report.pdf
- [5] **BARLET M., FAUVE L.** Quelles perspectives pour la démographie médicale ? *La France et ses régions*, 2010. [en ligne] http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF
- [6] **BECK A., STEER R., GARBIN M.** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988, Vol 8, pp 77-100.
- [7] **BELGRADE M., SCHAMBER C., LINDGREN BR.** The DIRE Score: Predicting outcomes of opioid prescribing for chronic pain. *The Journal of Pain*, 2006, Vol 7, pp. 671-681. [en ligne] <http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/PublicHealth/research/centers/maperc/online/Documents/D.I.R.E.%20Score.pdf>
- [8] **BOUHASSIRA D., LANTERI-MINET M., ATTAL N., et al.** Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain - the journal of the IASP*, 2006, Vol 136, pp. 380-387. [en ligne] <http://www.painjournalonline.com/article/S0304-3959%2807%2900449-6/abstract>
- [9] **BOUHASSIRA D., ATTAL N., FERMANIAN J. et al.** Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*, 2004, Vol 108, pp 248-257. [en ligne] http://www.sfetd-douleur.org/rc/org/sfetd/htm/Article/2010/20101218-184129-532/src/htm_fullText/fr/QuestionnaireDN4.pdf
- [10] **BOURRHIS A., SPITALIER JM.** La douleur, une maladie en cancérologie. *Biology and Medicine*, 1970, Vol 59, pp. 427-458.
- [11] **BREIVIK H., COLLET B., VENTAFRIDDA V. et al.** Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 2004, Vol 10, pp. 287–333. [en ligne] http://www.nascholingnoord.nl/presentaties/2012_02_02_Breivik_et_al_Survey_of_chronic_pain_in_Europe.pdf
- [12] **British Geriatric Society**. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing – The Oxford Journal*, 2013, Vol 42, pp. 1-57. [en ligne] http://ageing.oxfordjournals.org/content/42/suppl_1/i1.full.pdf+html
- [13] **British Pain Society**. Pain in Europe – a 2003 report. *Pain Europe*, 2003. [en ligne]. <http://www.britishpainsociety.org/Pain%20in%20Europe%20survey%20report.pdf>
- [14] **BUTLER S., FERNANDEZ K., BENOIT C. et al.** Validation of the Revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain. *The Journal of Pain*, 2008, Vol 9, pp. 360–372. [en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359825/>

- [15] **CHOU R.** Steering patients to relief from chronic low back pain: opioids' role. *The journal of family practice*, 2013, Vol 62, pp. 8-13. [en ligne] [http://www.ifponline.com/index.php?id=22143&tx_ttnews\[tt_news\]=165886](http://www.ifponline.com/index.php?id=22143&tx_ttnews[tt_news]=165886)
- [16] **CHOU R.** What we still don't know about treating chronic noncancer pain with opioids. *Canadian Medical Association journal*, 2010, Vol 182, pp. 881-2. [en ligne] <http://www.cmaj.ca/content/182/9/881.full.pdf+html>
- [17] **CHOU R., FANCIULLO G, FINE P. et al.** Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic non cancer pain. *The Journal of pain*, 2009, Vol 10, pp. 113-130. [en ligne] <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journal/s/1526-5900/PIIS1526590008008316.pdf>
- [18] **DELORME T.** La douleur en cancérologie : direction soins et vie des malades. *Institut national du cancer – fiches repères*, 2010, Mesure 19, pp 1-4. [en ligne] http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9435-la-douleur-en-cancerologie
- [19] **European Federation of IASP Chapters.** Improving the current and future management of chronic pain - a European consensus report. 2010. [en ligne] http://www.efic.org/userfiles/file/pain_proposal.pdf
- [20] **FISHBAIN DA., COLE B., LEWIS J. et al.** What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develops abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *The Clinical Journal of pain*, 2008, Vol 9, pp. 444-59. [en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18489635>
- [21] **GUELFY JD., CRIQUILLON DOUBLET S.** Dépression et syndromes anxio-dépressifs - Hors série. *Ed. Ardix médical*, Collection « En pratique », 1992, 144 p. ISBN : 2-90-1373-97-7
- [22] **GLEIZE L.** Prise en charge de la douleur chronique dans les deux départements de la région Corse. *Mémoire de l'école nationale de santé publique*, 2007, thèse de doctorat : médecin inspecteur de santé publique, Université de Rennes, 64 p. [en ligne] <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/memoires/2007/misp/gleize.pdf>
- [23] **HARSTALL C., OSPINA M.** How prevalent is chronic pain? *Pain*, 2003. Vol 11, pp. 1-4. [en ligne] http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU03-2_1390265045864_38.pdf
- [24] **Haute Autorité de Santé.** Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte. *HAS - Service des Recommandations et Références Professionnelles*, 1999. [en ligne] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
- [25] **Haute Autorité de Santé.** Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. *HAS - Consensus formalisé*, 2008. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_737990
- [26] **Haute Autorité de Santé.** Douleur chronique : les aspects organisationnels. *HAS - Service évaluation économique et santé publique*, 2009. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf
- [27] **Haute Autorité de Santé.** Évaluation et prise en charge de la douleur chez la personne âgée - Recommandations. *HAS - Service des recommandations et références professionnelles*, 2010 [en ligne] <http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/referentiel/Prise-en-charge-douleur-PA.pdf>
- [28] **INSEE.** Consommation de soins en Corse. 2007. [en ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cpom_recours_acces_soins.pdf

- [29] **INSEE**. Densité de professionnels libéraux de la santé. 2012. [en ligne]
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=6&ref_id=santc06107
- [30] **INSEE**. Zonage en bassin de vie en Corse. 2012. [en ligne]
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=6&ref_id=19279#t2
- [31] **Ministère de la Santé**. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur. 1998. [en ligne]
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Lutte_contre_la_douleur1998_2000.pdf
- [32] **Ministère de la Santé**. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur. 2002. [en ligne]
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
- [33] **Ministère de la Santé**. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur. 2006. [en ligne]
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
- [34] **Ordre national des médecins**. Atlas Régionaux de la démographie médicale française, région Corse. 2013. [en ligne] http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/corse_2013.pdf
- [35] **Organisation Mondiale de la Santé**. Traitement de la douleur cancéreuse, 2eme édition. 1997. [en ligne]
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41973/1/9242544825.pdf>
- [36] **PEREZ C., MARGARIT C., SERRANO M. et al.** Survey of European patients assessing their own noncancer chronic pain. *Current Medical Research and Opinion*, 2013, Vol 29, pp. 643–651. [en ligne]
<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1185/03007995.2013.787978>
- [37] **PERGOLIZZI J., BOGER RH., BUDD K. et al.** Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids. *Pain practice*, 2008, Vol 8, pp. 287-313. [en ligne]
http://www.mascc.org/assets/documents/pain_Consensus_Elderly_Pergolizzi_2012.pdf
- [38] **POUCHAIN D., HUAS D., GAY B. et al.** Échelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ? La *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2002, Vol 16, pp. 1299-303. [en ligne]
http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/dmg/pdf/echelle_evaluation.pdf
- [39] **ROSCOULET D.** Analyse de prescription des morphiniques auprès des médecins généralistes du Val-de-Marne. *Faculté de Médecine de Créteil*, 2008, thèse de doctorat : médecine générale, Université de Paris, 66 p. [en ligne] <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0510858.pdf>
- [40] **RIPAMONTI C., FAGNONI E., CAMPA T. et al.** Is the use of transdermal fentanyl inappropriate according to the WHO guidelines and the EAPC recommendations? A study of cancer patients in Italy. *Supportive care in cancer*, 2006, Vol 14, pp. 400-7. [en ligne]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=16485087>
- [41] **SHAPE POTTER J., MARINO E.** How to avoid opioid misuse. *The journal of family practice*, 2013, Vol 62, pp. 2-7. [en ligne]
[http://www.jfponline.com/index.php?id=22143&tx_ttnews\[tt_news\]=165888](http://www.jfponline.com/index.php?id=22143&tx_ttnews[tt_news]=165888)
- [42] **SIMONE CB., VAPIWALA N., HAMPSHIRE MK. et al.** Palliative care in the management of lung cancer: analgesic utilization and barriers to optimal pain management. *Journal of Opioid Management*, 2012, Vol 8, pp. 9-16. [en ligne]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=22479880>
- [43] **TREVES R., BANNWARTH B., BERTIN P. et al.** The Limoges guidelines for the use of morphine for noncancerous rheumatological pain. *Douleurs*, 2000, Vol 1, p. 33-33.

[44] **TURK DC., SWANSON KS., GATCHEL RJ.** Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis. *The Clinical journal of pain*, 2008, Vol 24, pp. 497-508. [en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18574359>

[45] **VARGAS-SCHAFFER G.** Is the WHO analgesic ladder still valid? *Canadian Family Physician*, 2010, Vol 56, pp. 202-205. [en ligne] <http://www.cfp.ca/content/56/6/e202.full.pdf+html?sid=f161b235-3150-4ea3-bdf0-9c43c397dbc9>

[46] **VERGNE-SALLE P., LAROCHE F., BERALOUVILLE A. et al.** Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique. *Science direct*, 2012, Vol 13, pp. 259-275.

[47] **WARY B., SERBOUTI S.** Doloplus : Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Douleurs*, 2001, Vol 2, pp. 35-38. [en ligne] http://www.doloplus.com/pdf/3V_DOLOPLUS_FR.pdf

[48] **WEBSTER LR, WEBSTER RM.** Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Medicine*, 2005, Vol 6, pp. 432-442. [en ligne] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x/pdf>

[49] **ZIGMOND A., SNAITH R.** The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, Vol 67, pp. 361–370.

V.TABLE DES MATIERES

I.INTRODUCTION	p.8
<u>I.1.La douleur</u>	p.8
I.1.1.Définition	p.8
I.1.2.L'évaluation de la douleur	p.8
I.1.2.1.Principes	p.8
I.1.2.2.Méthodes d'évaluation de la douleur	p.8
I.1.3.La douleur chronique	p.10
I.1.3.1.Identification	p.10
I.1.3.2.Epidémiologie	p.11
I.1.4.Programme d'action du Ministère de la Santé	p.12
<u>I.2.L'utilisation des antalgiques de paliers III</u>	p.13
I.2.1.Les paliers de l'OMS	p.13
I.2.2.Les principaux antalgiques de palier III	p.14
I.2.3.La prescription des antalgiques de paliers III	p.15
I.2.3.1.Information du patient	p.15
I.2.3.2.Règles de prescription	p.16
I.2.3.3.Modalités d'initiation et suivi du traitement	p.16
I.2.3.4. Dans la douleur chronique non cancéreuse	p.17
I.2.3.4.1.Critères de sélection des patients	p.17
I.2.3.4.2.Les « Recommandations de Limoges »	p.18
I.2.3.4.3.Le risque addictif	p.19
<u>I.3.La Médecine Générale en région Corse</u>	p.20
I.3.1.Généralités	p.20
I.3.2.La Médecine Générale libérale en Corse	p.21
I.3.2.1.Profil des médecins généralistes	p.21
I.3.2.2.Répartition des médecins généralistes libéraux en Corse	p.21
I.3.2.3.Evolution de la densité médicale	p.23
I.3.3.L'offre de soins en Corse pour la douleur chronique	p.24
<u>I.4.Exposition de la problématique et justification de l'étude</u>	p.25
 II.ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DE CORSE	p.26
<u>II.1.Méthodologie</u>	p.26
II.1.1.La recherche bibliographique	p.26
II.1.2.Modalité de l'enquête	p.26
II.1.2.1.Type d'étude	p.26
II.1.2.2.Population cible	p.26
II.1.2.3.Échantillonnage	p.26
II.1.3.Le questionnaire	p.27
II.1.4.Le recueil de données	p.28
<u>II.2.Résultats de l'enquête</u>	p.29
II.2.1.A propos de la pratique	p.29
II.2.1.1.Taux de réponse	p.29
II.2.1.2.Caractéristiques de l'échantillon	p.29
II.2.1.2.1.Données générales	p.29
II.2.1.2.2.Exercice professionnel	p.30
II.2.1.2.3.Formation universitaire	p.31
II.2.1.3.Proportion de patients douloureux chroniques	p.32
II.2.1.3.1.Échantillon complet (n=30)	p.32
II.2.1.3.2.En fonction de la formation des médecins	p.32
II.2.1.3.3.Origines de la douleur chronique	p.32
II.2.1.4.Évaluation de la douleur	p.34

II.2.1.5.Évaluation du retentissement	p.35
II.2.1.6.Évaluation de la pratique professionnelle	p.35
II.2.1.7.Évaluation de la formation universitaire relative à la douleur	p.36
II.2.1.8.Consultation spécialisée dans la douleur en Corse	p.37
II.2.2.Dossiers cliniques	p.38
II.2.2.1.Caractéristiques des patients sélectionnés	p.38
II.2.2.2.Pathologies non cancéreuses représentées	p.39
II.2.2.3.Volet thérapeutique	p.39
II.2.2.3.1.Autour de la décision thérapeutique	p.39
II.2.2.3.2.Emploi des antalgiques de palier III	p.40
II.2.2.3.3.Effets secondaires et attitudes des médecins	p.41
II.2.2.3.4.Le contact avec le spécialiste de la douleur	p.42
II.2.3.La prise en charge de la DCNC	p.42
II.2.3.1.Facteurs pouvant être une gêne	p.42
II.2.3.2.Facteurs pouvant y contribuer favorablement	p.43
II.2.4.L'apport d'un guide pratique sur la prise en charge de la DCNC	p.44
II.2.5.Commentaires des médecins	p.44
II.3.Discussion	p.46
II.3.1.Ce que l'on retient	p.46
II.3.1.1.Objectif principal et problématique	p.46
II.3.1.2.Les objectifs secondaires	p.47
II.3.2.Analyse des observations	p.48
II.3.2.1.Les modalités d'utilisation	p.48
II.3.2.1.1.Chez la personne âgée	p.48
II.3.2.1.2.La galénique transdermique	p.48
II.3.2.1.3.La profusion des molécules employées	p.49
II.3.2.2.Les données relatives à la DC	p.49
II.3.2.3.La disparité Nord-Sud	p.50
II.3.2.4.L'impact de la formation des praticiens	p.51
II.3.2.5.L'évaluation de la douleur et de son retentissement	p.51
II.3.2.6.Le point de vue du médecin	p.52
II.3.2.7.Les effets secondaires	p.53
II.3.2.8.La prise en charge de la DCNC	p.53
II.3.2.9.Entretien avec les médecins	p.54
II.3.3.Biais de l'étude	p.54
II.3.3.1.Le taux de réponses	p.54
II.3.3.2.La méthodologie	p.55
II.3.3.2.1.Le calcul de la proportion de DC	p.55
II.3.3.2.2.Constitution de l'échantillon de médecins	p.56
II.3.3.2.3.La représentativité de l'échantillon de patients	p.56
II.3.3.2.4.Le choix des pathologies	p.56
II.3.3.2.5.Autour de la prise en charge de la DC	p.57
II.3.3.3.Les manques de l'étude	p.57
II.3.4.Points positifs et portée de l'étude	p.58
III.CONCLUSION	p.60
IV.BIBLIOGRAPHIE	p.61
V.TABLE DES MATIERES	p.65
VI.ANNEXES	p.67
VII.GLOSSAIRE	p.81
VIII.TABLE DES ILLUSTRATIONS	p.82
IX.LE SERMENT D'HIPPOCRATE	p.83
X.RESUME	p.84

VI.ANNEXES

[ANNEXE 1] QUESTIONNAIRE DN4

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

[ANNEXE 2] ECHELLE DOLOPLUS

ECHELLE DOLOPLUS					
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE					
NOM :		Prénom :		DATES	
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	sommeil habituel	0	0	0	0
	difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	inchangée	0	0	0	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

D'après **WARY B., SERBOUTI S.** Doloplus : Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. **Doleurs**, 2001, Vol 2, n°1, pp. 35-38.

[ANNEXE 3] BECK DEPRESSIVE INVENTORY

Echelle de dépression de Beck	
<p>0 Je ne me sens pas triste</p> <p>1 Je me sens cafardeux ou triste</p> <p>2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir</p> <p>3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter</p>	<p>0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens</p> <p>1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois</p> <p>2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux</p> <p>3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement</p>
<p>0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir</p> <p>1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir</p> <p>2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer</p> <p>3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer</p>	<p>0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume</p> <p>1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision</p> <p>2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions</p> <p>3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision</p>
<p>0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie</p> <p>1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens</p> <p>2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs</p> <p>3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle</p>	<p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant</p> <p>1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux</p> <p>2 J'ai l'impression qu'il y a un changement physique qui me fait paraître disgracieux</p> <p>3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant</p>
<p>0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait</p> <p>1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances</p> <p>2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit</p> <p>3 Je suis mécontent de tout</p>	<p>0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant</p> <p>1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose</p> <p>2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit</p> <p>3 Je suis incapable de faire le moindre travail</p>
<p>0 Je ne me sens pas coupable</p> <p>1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps</p> <p>2 Je me sens coupable</p> <p>3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien</p>	<p>0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude</p> <p>1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude</p> <p>2 Faire quoi que ce soit me fatigue</p> <p>3 Je suis incapable de faire le moindre travail</p>
<p>0 Je ne suis pas déçu par moi-même</p> <p>1 Je suis déçu par moi-même</p> <p>2 Je me dégoûte moi-même</p> <p>3 Je me hais</p>	<p>0 Mon appétit est toujours aussi bon</p> <p>1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude</p> <p>2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant</p> <p>3 Je n'ai plus du tout d'appétit</p>
<p>0 Je ne pense pas à me faire du mal</p> <p>1 Je pense que la mort me libérerait</p> <p>2 J'ai des plans précis pour me suicider</p> <p>3 Si je le pouvais, je me tuerais</p>	<p>Le score varie de 0 à 39.</p> <p>0 à 3 : pas de dépression</p> <p>4 à 7 : dépression légère</p> <p>8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée</p> <p>16 et plus : dépression sévère</p>

D'après **BECK A., STEER R., GARBIN M.** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988, Vol 8, n°1, pp 77-100.

[ANNEXE 4] OPIOID RISK TOOL

<i>Mark each box that applies</i>	<i>Female</i>	<i>Male</i>
1. Family history of substance abuse		
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Illegal drugs	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Prescription drugs	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
2. Personal history of substance abuse		
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Illegal drugs	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Prescription drugs	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
3. Age (mark if between 16-45 years)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4. History of preadolescent sexual abuse	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
5. Psychological disease		
<input type="checkbox"/> ADD, OCD, bipolar, schizophrenia	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Scoring totals	_____	_____
0-3=low risk for aberrant behaviors; 4-7=moderate risk; ≥8=high risk.		
ADD, attention-deficit disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder.		

D'après **BELGRADE M., SCHAMBER C., LINDGREN BR.** The DIRE Score: Predicting outcomes of opioid prescribing for chronic pain. *The Journal of Pain*, Septembre 2006, Vol 7, n°9, pp. 671-681.

[ANNEXE 5] QUESTIONNAIRE

Disponible sur <https://docs.google.com/forms/d/12XNmaHz8-aSWfWsgTWS0BL-9yCKgpE8nF2m0LHo3Qml/viewform>

A propos de vous et de votre pratique

Il s'agit de connaître votre modalité d'exercice, la proportion des consultations liées à la douleur que vous rencontrez, la relation avec les spécialistes ...

1 - Qui êtes vous ? *

Vous êtes :

- ☐ Un homme
☐ Une femme

Quel est votre age?

2 - Dans quelle micro région exercez vous ? *

- ☐ Ajaccio - Sud ouest
☐ Bastia - Nebbiu - Cap corse
☐ La Balagne
☐ Corte - Le Venacais - Le Niolu
☐ La Castagniccia - Côte orientale
☐ Le Sartonais - Le Haut Taravo - Valinco
☐ L' Alta Rocca - Le Sud
☐ Côte ouest

*

S'agit il d'une zone rurale ou urbaine ?

- ☐ Rurale
☐ Urbaine

3 - Quelle est votre pratique? *

- ☐ Seul
☐ En association
☐ Mi temps privé - public

4 - Quelle est votre année de thèse ? *

5 - De quelle faculté venez vous?

6 - Avez vous suivi une formation, un diplôme universitaire, une capacité en plus de votre cursus ? *

7 - Si oui, lequel ?

8 - Si non, envisagez vous dans l'avenir d'en obtenir un(e) ?

9 - Combien de patients en moyenne recevez vous en consultation par semaine ? *

10 - Combien de patients vous ont consulté pour une douleur chronique sur votre dernière semaine d'exercice ? *

Pour mémoire, la douleur chronique se définit comme une douleur évoluant de façon indépendante par rapport à la pathologie qui en est responsable, depuis au moins trois mois et rebelle aux traitements.

11 - Sur votre dernier mois d'exercice, parmi l'ensemble de vos consultations en rapport avec la douleur chronique, quelle est la fréquence de ces différents ensembles de pathologies ? *

les pourcentages sont approximatifs afin de donner un a priori sur le spectre des grands ensembles de douleurs chroniques qui composeraient votre patientèle. La somme de tout les libellés ne doit pas excéder 100%

	< 10% (très peu fréquent)	10% - <30% (peu fréquent)	30% - <50% (fréquent)	50% - <75% (très fréquent)	75% et plus (quasi exclusive)
Rhumatologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologique (Névrалgie trijumeau, migraine, névrite diabétique...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastro-entérologique et viscéral (pancréatite chronique, douleurs post opératoire...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancerologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopédique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12 - Comment évaluez vous la douleur lors de vos consultations ? *

- ☐ Je ne l'évalue pas
- ☐ Ressenti du patient (liste d'adjectifs)
- ☐ Schéma corporel
- ☐ Retentissement sur les activités
- ☐ Échelle visuelle analogique
- ☐ Échelle verbale simplifiée
- ☐ Doloplus
- ☐ DN4
- ☐ Autre :

Si vous n'utilisez pas d'échelle de mesure, merci de préciser pourquoi?

13 - Comment évaluez vous le retentissement psychique d'une douleur chronique? *

- ☐ Je ne l'évalue pas
- ☐ Le retentissement sur la qualité de vie
- ☐ Le retentissement social
- ☐ Geriatric Depressive Scale
- ☐ Hospital Anxiety Depressive scale
- ☐ Beck Depressive Inventory
- ☐ Critères DSM IV
- ☐ Autre :

14 - Etes vous prescripteur initial d'antalgiques de palier III? *

"si la situation l'impose" n'implique pas un impératif vital, mais le fait d'être en bout de course quand aux ressources thérapeutiques disponibles devant une douleur qui persiste dans le temps.

- ☐ Non, pas en tant que prescripteur initial quel que soit le type de douleur
- ☐ Oui, si la situation l'impose devant une douleur chronique cancéreuse
- ☐ Oui, si la situation l'impose devant une douleur chronique non cancéreuse

15 - Comment qualifieriez vous l'efficacité de votre prise en charge de la douleur chronique ?

1 - mauvaise 2 - très insuffisante 3 - insuffisante 4 - assez moyenne 5 - moyenne 6 - assez bonne 7 - bonne 8 - très bonne 9 - excellente 10 - parfaite

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**16 - A combien évaluez vous la qualité de votre formation universitaire sur le sujet?**

1 - mauvaise 2 - très insuffisante 3 - insuffisante 4 - assez moyenne 5 - moyenne 6 - assez bonne 7 - bonne 8 - très bonne 9 - excellente 10 - parfaite

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**17 - Quel délai moyen vous est nécessaire pour obtenir une consultation spécialisée dans la douleur en Corse? ***

« Retour

Continuer »

Cas clinique

Afin de réaliser une enquête prospective sur la prise en charge de la douleur chronique et la difficulté liée à l'utilisation des antalgiques de paliers III, j'ai besoin de constituer un échantillon significatif au sein de la patientèle des médecins généralistes libéraux de Corse.

Aussi je vous serais reconnaissant de compléter le dossier clinique suivant, en sélectionnant un(e) de vos patient(e) pour lequel vous auriez envisagé d'instaurer (ou avez d'ores et déjà instauré) un traitement par antalgique de palier III dans le cadre d'une douleur chronique non cancéreuse, devant l'échec de tout autre ressource médicamenteuse.

Cette prise en charge doit avoir posé des difficultés, par exemple sur l'instauration même du traitement par palier III, son suivi, sa poursuite, la gestion des effets indésirables, les réticences exprimées par le patient ou l'entourage, le contact avec des spécialistes de la douleur....

L'objectif de cette thèse est évidemment d'extraire les facteurs qui ont ou auraient pu influencer votre prescription d'antalgique de palier III. Il ne s'agit EN AUCUN CAS d'un regard critique sur votre pratique !

Le patient(e) choisi(e) doit être MAJEUR(E), présenter une douleur CHRONIQUE, donc évoluant depuis au moins 3 MOIS et rebelle aux traitements, et d'origine NON CANCÉREUSE.

1 - Quel est le sexe du patient(e)? *

2 - Quel est l'âge du patient(e)? *

3 - Quelle est la pathologie non cancéreuse à l'origine de la douleur chronique (évoluant donc depuis plus de 3 mois et résistante aux traitements) ? *

Pour indication : "Dorso-lombalgie" = rachialgie pure ; Lombosciatique = "Radiculalgie".

4 - Quels médicaments antalgiques et adjuvants avez vous utilisé seuls ou en association avant d'envisager la prescription de paliers III? *

pensez à remplir le cadre libre si "autre"

- ☐ Paracétamol
- ☐ AINS
- ☐ Corticoïde (per os, infiltration)
- ☐ Tramadol
- ☐ Codéine
- ☐ Myorelaxant
- ☐ Antidépresseur (LAROXYL, CYMBALTA...)
- ☐ Néfopam
- ☐ Antiépileptique (NEURONTIN, LYRICA...)

5 - Quel(s) antalgique(s) de palier III avez vous alors décidé d'employer devant la persistance de la douleur? *

- ☐ Aucun
- ☐ Actiskéan®
- ☐ Sévredol®
- ☐ Skéan® LP
- ☐ Moscontin®
- ☐ Kapanol® LP
- ☐ Oramorph®
- ☐ Morphine injectable, sous cutanée
- ☐ Targinact®
- ☐ Sophidone® LP
- ☐ Oxynorm®
- ☐ Oxycontin® LP
- ☐ OxynormORO®
- ☐ Actiq®
- ☐ Abstral®
- ☐ Instanyl®
- ☐ Durogésic®
- ☐ Matrifen®
- ☐ Effentora®
- ☐ Breakyl®
- ☐ Autre :

6 - Quels sont les données qui vous ont, ou vous auraient modéré dans votre prescription de palier III dans ce cas précis? *

A - Le patient

- ☐ a refusé car "je n'ai pas si mal que ça, docteur"
- ☐ avait peur des effets secondaires et indésirables
- ☐ assimilait ces médicaments à la fin de vie
- ☐ avait un entourage familial hostile à leur prescription
- ☐ Autre :

*

B - Vous

- ☐ estimez habituellement que les paliers III sont délicats à instaurer
- ☐ aviez évalué que le risque d'effets indésirables était supérieur au bénéfice attendu
- ☐ avez estimé que le risque de mésusage par le patient était trop grand (toxicomanie, profil psychiatrique...)
- ☐ étiez inquiet de l'absence de surveillance ou de suivi suffisant du patient
- ☐ n'avez pas l'habitude de prescrire des antalgiques de paliers III
- ☐ Autre :

7 - Ainsi, si des antalgiques de palier III ont été prescrits, quels ont été les effets secondaires rencontrés?

- ☐ Aucun
- ☐ Constipation
- ☐ Hallucination
- ☐ Rétention d'urine
- ☐ Malaise, mal être général
- ☐ Chute
- ☐ Somnolence
- ☐ Dépendance
- ☐ Vomissement, nausée
- ☐ Confusion, agitation
- ☐ Dépression respiratoire
- ☐ Allergie
- ☐ Autre :

8 - Si le patient a présenté des effets secondaires imputables aux antalgiques de paliers III, cela a-t-il imposé leur arrêt?

▼

9 - Si malgré la présence d'effets secondaires imputables aux paliers III, vous ne les avez pas arrêté, quelle a donc été votre attitude?

Merci de vous exprimer

10 - Quoi qu'il en soit, a-t-il été nécessaire d'adresser ce patient à un spécialiste de la douleur (algologue ou autre spécialiste)? *

Si un autre type de spécialité que l'algologie a été requise, merci de la référencer dans "Autre"

- ☐ Non, car je n'en connaissais pas
☐ Non, car je n'en avait pas besoin
☐ Oui, chez un confrère algologue en Corse
☐ Oui, mais sur le continent
☐ Autre :

11 - Si oui, quelle a été votre niveau de satisfaction quand à la prise en charge de votre patient par votre confrère ?

1 - mauvais 2 - très insuffisant 3 - insuffisant 4 - assez moyen 5 - moyen 6 - assez bon 7 - bon 8 - très bon 9 - excellent 10 - parfait

[illegible]

Expression libre de vos besoins et attentes

1 - Selon vous, quels sont les facteurs qui gênent la prise en charge de la douleur chronique ? *

- ☐ Aucun facteur en particulier
- ☒ Manque de formation médicale spécifique
- ☐ Limite de l'offre de consultation spécialisée dans la douleur en Corse
- ☐ Manque de temps pendant votre consultation
- ☐ Réticence d'une patientèle mal informée (internet, entourage...)
- ☐ Autre :

2 - Quels sont les facteurs qui vous permettraient d'améliorer votre prise en charge de la douleur chronique ? *

3 - Seriez vous intéressé par un guide pratique sur la douleur chronique et les antalgiques de paliers III ?

Celui ci comprendrais un referentiel des antalgiques, les numéros utiles en Corse ...

Si oui, sous quel format ?

4 - Si vous avez des remarques sur ce questionnaire, sur le problème de la douleur chronique, sur le problème de l'offre de soin en région Corse... exprimez vous ci dessous . En vous remerciant d'avoir consacré du temps à ce questionnaire !

[ANNEXE 6] : GUIDE PRATIQUE SUR L'UTILISATION DES ANTALGIQUES DE PALIER III DANS LES DOULEURS CHRONIQUES NON CANCEREUSES

GUIDE PRATIQUE SUR L'UTILISATION DES ANTALGIQUES DE PALIER III DANS LES DOULEURS CHRONIQUES NON CANCEREUSES

CALAIS Baptiste
Faculté de médecine de Nice

2013

1

I – LA DOULEUR CHRONIQUE

Pourquoi l'identifier ?	
Problème majeur de santé publique (15% des adultes en France).	Le retentissement professionnel (risque de perte emploi X7) et économique (visites médicales répétées) est majeur.
Elle peut se comporter comme une « maladie » à part entière , au sein d'un « syndrome douloureux chronique ».	Elle est potentiellement nuisible au bien-être moral du patient et de son entourage (risque suicide X2)
Quand l'évoquer ?	
Le + classique : devant une douleur > 3 mois (HAS) dont la cause est connue.	Mais parfois, la souffrance morale est au 1er plan : savoir la démasquer !
Elle est souvent source de nombreux désaccords entre médecin et patient sur son origine, le traitement antalgique adéquat...	
Comment l'explorer ?	
Il faut découvrir l'origine de la douleur, au cours d'un bilan étiologique complet , afin de ne pas méconnaître un processus cancéreux par exemple.	Et sans omettre la recherche de troubles anxio dépressifs (cf: Indice de Beck), le retentissement social, scolaire et professionnel.
Comment la caractériser ?	
Connaître les facteurs déclenchant, le rythme nyctéméral... utile à la décision thérapeutique.	Comme les douleurs aiguës, bien discerner la forme nociceptive des douleurs neurogènes (cf : DN4).
Evaluer le niveau de douleur : EVA, hétéroévaluation (cf: DOLOPLUS)	
Comment la traiter ?	
De la même façon qu'une douleur aiguë : en supprimant sa cause !	En associant des trts adjuvants, d'autres paliers, des mesures physiques...
Mais en gardant à l'esprit qu'une douleur qui n'a pas de retentissement sur la QDV ne justifie pas de traitement qui pourrait diminuer le rapport bénéfice/risque .	Mais le caractère chronique implique qu'il y a eu un échec des mesures thérapeutiques mises en place jusqu'alors...

3

SOMMAIRE

I – LA DOULEUR CHRONIQUE	page 3
• Pourquoi l'identifier ?	
• Quand l'évoquer ?	
• Comment l'explorer ?	
• Comment la caractériser ?	
• Comment la traiter ?	
II – LA MISE EN PLACE DES ANTALGIQUES DE PALIER II	page 4
• Quand y penser ?	
• Selon quelles modalités ?	
• Pour quels patients ?	
• A quelles conditions ?	
• Quels sont les effets indésirables ?	
III – LES OPIOIDES FORTS	page 6
• Quels produits disponibles pour la DCNC ?	
• Comment les prescrire ?	
• Comment se déroule la transition palier II / palier III ?	
• Quand proposer une rotation des opioïdes ?	
• Comment faire en pratique ?	
IV – LA REEVALUATION DU TRAITEMENT	page 10
• Quand réévaluer le traitement ?	
• Quand arrêter le traitement ?	
• Que faire en cas de mésusage ?	
V – CONTACTS UTILES	page 11
VI – ANNEXES	page 12

2

II – LA MISE EN PLACE DES ANTALGIQUES DE PALIER III

Quand y penser ?	
Après une utilisation optimale des antalgiques de palier I et II (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> s'assurer de la bonne observance, d'une utilisation à posologie optimale, du respect des intervalles de doses de la prise effective (vomissement?) des traitements entrepris jusqu'alors.
C'est à dire ==>	
Selon quelles modalités ?	
La voie d'administration :	La posologie :
<ul style="list-style-type: none"> La voie orale est à utiliser en priorité, La forme trans-dermique en cas d'impossibilité d'utiliser la forme orale La voie parentérale est à proscrire en ambulatoire, sauf urgence. 	La personne fragile (âgé, insuffisance rénale et hépatique...) requiert une diminution de 50% empirique des posologies de l'adulte normal.
Le rythme d'administration :	Et surtout fixer un objectif réaliste
<ul style="list-style-type: none"> Douleur instable = formulation à libération immédiate, Douleur stable = formulation à libération prolongée. 	=> La réduction de 50% du niveau d'EVA moyen est souvent retenue comme un critère d'efficacité.
....A adapter pour chaque patient.	

4

Pour quels patients ?	
Le retentissement sur la qualité de vie doit être significatif .	Le risque de mésusage doit être faible (cf. <i>Evaluation risque de dépendance</i>).
L'observance prévisible doit être bonne , le suivi régulier.	Un avis psychiatrique <ul style="list-style-type: none"> est conseillé chez les patients jeunes indispensable chez les patients atteints de troubles psychiatriques et/ou suspects d'abus.
...Afin de sélectionner les patients les moins à risque.	
A quelles conditions ?	
L'utilisation à long terme d'opioïdes forts devant une DCNC se justifie devant : <ul style="list-style-type: none"> L'amélioration de la douleur, de la qualité de vie et de l'autonomie fonctionnelle. L'absence d'effets indésirables nuisibles. 	La poursuite du traitement est conditionnée par : <ul style="list-style-type: none"> un soulagement significatif, une amélioration fonctionnelle, la reprise des activités, le respect du contrat de soin.
Le patient doit avoir reçu une information claire sur le traitement afin d'obtenir son adhésion (et celle de l'entourage) au projet.	
... Forment les bases du projet thérapeutique.	
Quels sont les effets indésirables ?	
Constipation : Conseiller une alimentation riche en fibre et limiter les aliments sans résidus, favoriser l'exercice physique. Penser à prescrire des laxatifs et rechercher un fécalome si elle persiste.	Somnolence : Risque lié à la conduite de véhicules . Elle apparaît lors de la phase de titration . Elle peut être le signe d'une dette de sommeil, mais aussi d'un surdosage . Elle est transitoire .
Confusion, hallucination, rétention d'urine : le plus courant chez la personne âgée.	Nausées, vomissements : prescrire des anti émétiques les premiers jours
Syndrome de sevrage : il se caractérise par l'anxiété, irritabilité, frissons, piloérection, bouffées de chaleur, sudation, larmoiement, rhinorrhée, bâillements, nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhées, arthralgies, mydriase...	
Il est lié à un arrêt trop brutal des opioïdes. Il faut les reprendre à la dose précédente et diminuer plus progressivement .	
...Les observations d'effets indésirables graves ou inattendus doivent être transmises aux CRPV (Centres régionaux de Pharmacovigilance).	

5

III – LES OPIOIDES FORTS

Quels produits disponibles pour la DCNC?		
DCI	SPECIALITES et FORMES	PRESCRIPTION
Chlorhydrate et sulfate de morphine injectable	10 - 20 - 50 - 100 - 200 - 400 - 500 mg	7 jours
Chlorhydrate d'oxycodone injectable	10 – 20 – 50 – 200 mg	
Sulfate de morphine à libération immédiate	SEVREDOL cp sécable : 10 – 20 mg ACTISKENAN gélule : 5 – 10 – 20 – 30 mg ORAMORPH soluté unidose : 10 – 30 – 100 mg/5 ml ORAMORPH solution compte-gouttes : 20 mg/ml (4 gouttes = 5 mg)	28 jours
Sulfate de morphine à libération prolongée	MOSCONTIN cp : 10 – 30 – 60 – 100 – 200 mg / 12h SKENAN gélule : 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg / 12h KAPANOL gélule : 20 - 50 - 100 mg / 24H	
Chlorhydrate d'oxycodone à libération immédiate	OXYNORM gélules : 5 – 10 – 20 mg OXYNORMORO cp orodispersibles : 5 – 10 – 20 mg	
Chlorhydrate d'oxycodone à libération prolongée	OXYCONTIN cp : 5 - 10 - 20 - 40 - 80 - 120 mg / 12h	
Fentanyl à libération prolongée	DUROGESIC patch : 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h / 72h MATRIFEN patch : 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h / 72h	14 jours délivrance fractionnée

6

Comment les prescrire ?	
Privilégier une forme LP pour les DCNC.	<ul style="list-style-type: none"> Débuter par une forme orale LP /12h pour gérer une douleur stable
Réserver les formes LP> 12h et invasives aux DCC en l'absence d'avis spécialisé.	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la posologie totale de 30% après 48h de tit si EVA >30.
On débute à dose progressive au cours d'une phase de titration :	<ul style="list-style-type: none"> Associer des interdoses de 15% de la dose LP totale si accès douloureux.
C'est à dire =>	<ul style="list-style-type: none"> Les interdoses peuvent être pris successivement à une heure d'intervalle : le malade ne doit pas dépasser 3 prises successives ou 4 par 24h sans en référer au médecin pour réévaluation.
Chez le sujet fragile :	La prescription est effectuée par un même médecin +++ sur une ordonnance sécurisée en toute lettre, adressée à une même pharmacie .
<ul style="list-style-type: none"> Diminuer les posologies de moitié Espacer les prises, Utiliser une forme à libération immédiate. 	
...En association avec des antalgiques de palier inférieur = multimodal.	
Comment se déroule la transition palier II / palier III ?	
Le passage au palier III s'envisage :	Le retour au palier II est légitime :
<ul style="list-style-type: none"> devant douleur nociceptive mal calmée par palier II à dose maximale avec une bonne observance sauf contre-indication. 	<ul style="list-style-type: none"> pour des douleurs bien calmées à une dose de 60 mg /24 h en équivalent morphine. ou si non respect du contrat +++
...Sachant que 10 mg de Morphine orale = 60 mg de Codéine = 50 mg de Tramadol.	
Quand proposer une rotation des opioïdes ?	
C'est la substitution d'un opioïde fort en cas de diminution du bénéfice/risque :	Non systématique devant des E2 survenant durant la titration si accessibles .
<ul style="list-style-type: none"> par un autre agoniste pur, ou par changement de la voie d'administration (moins rapide +++) selon le principe d'équianalgésie, avec réduction de la posologie équivalente de 30%. 	Elle est nécessaire : <ul style="list-style-type: none"> si résistance aux opioïdes = absence d'efficacité et absence d'effets indésirables, ou accoutumance = nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet antalgique.
... Sans prédilection d'un opioïde fort par rapport à un autre.	

7

Comment faire en pratique ?		
DCI AYANT l'AMM	INITIATION	REEVALUATION
Sulfate de morphine orale à libération immédiate (MLI)	Dose basale = 10 mg / 4 h à 6 h si EVA > 50 entre deux prises : 1 interdose / h de 5 à 10mg, max 3 prises en 3h ou 4 prises /j si insuffisance rénale, sujet fragile, âge élevé, dose basale = 5 mg / 6 h La MLI orale est principalement adaptée à des situations cliniques particulières : urgences, équilibration rapide de douleurs intenses, insuffisance rénale, personnes âgées.	A 24 h - si EVA <30 : sommer les prises de MLI (basale + interdoses) et convertir en MLP (sauf sujet fragile) répartis toute les 12 h, poursuivre le traitement ainsi - si EVA >30 : sommer les MLI basales et interdoses, et répartir la dose uniformément / 4h à 6h avec prescription d'interdose jusqu'à trouver la dose efficace. Réévaluer le nyctémère et le type de douleur.
Sulfate de morphine à libération prolongée (MLP)	Dose basale = 30 mg MLP / 12 h, ou somme MLI / 24h minimale efficace répartie toute les 12 h. + si EVA > 50 entre 2 prises : 1 interdose / h de 1/6 de dose MLP / 24h, max 3 prises en 3h ou 4 prises/j Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 mois (1 mg/kg et par jour). Formule LP /24h à réserver aux DCC.	A 24 h - si EVA <30 : sommer dose MLP basal + interdoses MLI et convertir en MLP répartis toute les 12 h, poursuivre le traitement ainsi si pas d'effets indésirables - si EVA >30 : majorer la dose basale totale de 30%, réévaluer le traitement à 48h

8

Chlorhydrate d'oxycodone à libération immédiate (OLI) Intérêt dans la rotation des opioïdes. AMM dans les douleurs sévères d'origine cancéreuse, les douleurs neuropathiques et les douleurs aiguës sévères. Absence de recommandation de remboursement devant DCNC non neuropathique.	Dose basale = Idem MLI / 2 toutes les 6 h réduite d' 1/3. + interdose	A 24 h - si EVA <30 : sommer les prises d' OLI (base + interdosés) et convertir en OLP répartis toute les 12 h, poursuivre le traitement ainsi. - si EVA >30 : sommer les OLI basales et interdosés, et répartir la dose uniformément / 4h à 6h avec prescription d'interdose jusqu'à trouver la dose efficace. Réévaluer le nycthémère et le type de douleur.
Chlorhydrate d'oxycodone à libération prolongée (OLP) Douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible, chez l'adulte.	Dose basale = 10 mg / 12 h ou extrapolation à partir de la posologie précédente de MLP/ 2 et réduite de 1/3. Patient naïf, fragile, âgé ou insuffisant rénal = débuter à posologie minimale.	A 24 h - si EVA <30 : sommer dose OLP basal + interdosés MLI et convertir en MLI, poursuivre le traitement ainsi - si EVA >30 : majorer la dose basale totale de 30%, réévaluer le traitement à 48h
Fentanyl à libération prolongée (FLP) Sous la forme transdermique, indiqué dans le « traitement des douleurs chroniques sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes ».	Dose basale = extrapoler par équivalence analgésique la dose précédente efficace de MLI ou MLP réduite d'1/3. délai d'action de 12 h : faire coïncider la dernière prise de morphine LP avec la 1ère pose du patch. si EVA >50 : interdose de MLI	A 48 h - Si mauvaise tolérance : débuter le nouvel opioïde 12 h après le retrait du patch en utilisant la dose minimale d'équianalgésie. - EVA <30 : sommer les interdosés MLI et la basale de FLP et convertir en équivalent de fentanyl / 72 h
Indication remboursable restreinte au « traitement des douleurs chroniques d'origine cancéreuse résistantes »	si EVA >50 : interdose de MLI Patients naïf : posologie minimale	

9

IV – LA REEVALUATION DU TRAITEMENT

Quand réévaluer le traitement ?	
Prévoir des consultations hebdomadaires pendant le premier mois.	Quand le besoin s'en fait sentir :
En cas d'efficacité et de bonne tolérance, réévaluer à un mois.	<ul style="list-style-type: none"> accès douloureux incontrôlables, effets secondaires importants, prise de 4 interdosés par jour...
A chaque consultation : remettre en cause l'indication du traitement.	Ne pas hésiter à passer la main à un spécialiste de la douleur en cas d'échec.
...Afin de fiabiliser le suivi du patient.	

Quand arrêter le traitement ?	
Il n'y a pas de durée maximale de traitement. L'arrêt se justifie quand :	L'arrêt doit être progressif en raison du risque de syndrome de sevrage :
<ul style="list-style-type: none"> effets secondaires trop importants absence d'efficacité à 1 mois ou pour 120mg/j « d'équivalent Morphine », rupture du contrat thérapeutique (non observance, preuve de mésusage...), ou d'une moindre nécessité d'antalgique (retour au palier II). 	<ul style="list-style-type: none"> Durée <48h = Arrêt simple. Dose « équivalent Morphine » < 60 mg/jour et/ou < 7 jours = relais opioïde faible. Dose « équivalent Morphine » > 60 mg/jour et/ou > 7 jours = réduction par paliers de 30% chaque jour, voire par semaine si trt long court (60mg/j ET > 7 jours).
...Si syndrome de sevrage : reprendre la décroissance plus progressivement.	

Que faire en cas de mésusage ?	
On doit y penser devant un patient :	On doit procéder à un arrêt progressif du traitement.
<ul style="list-style-type: none"> ne respectant pas les RDV de suivi, perdant souvent son ordonnance, sujet au nomadisme médical, exigeant des doses plus importantes sans fondement clinique... 	Les cas graves d'abus et de pharmacodépendance doivent être transmis au Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
...Entraîne une rupture du contrat de soin.	

10

V - CONTACTS UTILES

Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance	
Hôpital Salvator 249 boulevard Sainte Marguerite 13274 MARSEILLE	04 91 74 50 90 (ceip) 04 91 74 50 19 (secrétariat)
Centres Régionaux de Pharmacovigilance	
Hôpital de Cimiez 4 avenue Reine Victoria BP1179 06003 Nice	04 92 03 47 08
Hopital Salvator 249, Boulevard de Sainte Marguerite 13274 Marseille	04 91 74 75 60
Consultation Algologie en Corse	
CH Notre-Dame de la Misericorde 27, avenue Impératrice Eugénie 20303 Ajaccio	04 95 29 90 90
Clinique du Golfe 28 bd Pascal Rossini 20000 AJACCIO	04 95 51 93 00
Clinique Maynard 13 rue Marcel Paul 20200 Bastia	04 95 55 39 39
Sites internet – Outils numériques	
Institut UPSA de la douleur	http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-1197/Outils-evaluation-douleur.iqwsb
Société Française d'étude de la douleur	http://www.sfetd-douleur.org/douleur/evaluation/index.phtml

11

VI – ANNEXES

Tableau d'équivalence des doses									
Fentanyl en µg	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	Doxycodone en mg	PO	Dose / 24h	Dose du bolus
100	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	10	10	10	10
200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	20	20	20	20
300	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	30	30	30	30
400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	40	40	40	40
500	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	50	50	50	50
600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	60	60	60	60
700	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	70	70	70	70
800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	80	80	80	80
900	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	90	90	90	90
1000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	100	100	100	100
1200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	120	120	120	120
1400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	140	140	140	140
1600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	160	160	160	160
1800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	180	180	180	180
2000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	200	200	200	200
2200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	220	220	220	220
2400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	240	240	240	240
2600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	260	260	260	260
2800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	280	280	280	280
3000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	300	300	300	300
3200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	320	320	320	320
3400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	340	340	340	340
3600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	360	360	360	360
3800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	380	380	380	380
4000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	400	400	400	400
4200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	420	420	420	420
4400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	440	440	440	440
4600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	460	460	460	460
4800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	480	480	480	480
5000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	500	500	500	500
5200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	520	520	520	520
5400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	540	540	540	540
5600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	560	560	560	560
5800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	580	580	580	580
6000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	600	600	600	600
6200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	620	620	620	620
6400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	640	640	640	640
6600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	660	660	660	660
6800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	680	680	680	680
7000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	700	700	700	700
7200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	720	720	720	720
7400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	740	740	740	740
7600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	760	760	760	760
7800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	780	780	780	780
8000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	800	800	800	800
8200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	820	820	820	820
8400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	840	840	840	840
8600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	860	860	860	860
8800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	880	880	880	880
9000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	900	900	900	900
9200	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	920	920	920	920
9400	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	940	940	940	940
9600	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	960	960	960	960
9800	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	980	980	980	980
10000	Transdermique	Dose / 24h	Dose du bolus	SC-IV	Dose par 24 heures	1000	1000	1000	1000

© après BEZIAUD N. et al. Opioïdes forts et douleurs liées au cancer : quelles pratiques et quelles équivalences ? Médecine Palliative. 2009.

12

VII. GLOSSAIRE

Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ex AFSSAPS, depuis 2012) : établissement public français visant à évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments. Elle garantit l'efficacité, l'efficacité, la qualité et le bon usage de tous les produits destinés à l'Homme.

American Academy of Pain Medicine : organisation scientifique fondée en 1983 ayant pour but d'optimiser la qualité de vie des patients et d'éradiquer le problème de santé publique que représente la douleur.

American Geriatrics Society : société professionnelle fondée en 1942, dévouée à améliorer la santé, la qualité de vie et l'indépendance des personnes âgées. Elle publie la revue *Journal of the American Geriatrics Society*.

American Pain Society : branche nationale de l'IASP fondée en 1977, promouvant la recherche pour la connaissance et la gestion de la douleur. Elle publie *The Journal of Pain*.

American Society of Anesthesiologists : association scientifique fondée en 1905, visant à maintenir les normes de pratique médicale en anesthésie.

European Federation of IASP Chapters : branche européenne de l'IASP fondée en 1993, à l'origine de l'*European Journal of Pain* et de l'étude Pain in Europe. La branche

française créée en 2000 est la *Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur*.

Haute Autorité de Santé : autorité publique indépendante à caractère scientifique créée en 2004 à vocation scientifique. Ses missions sont l'évaluation des produits, actes et technologie d'un point de vue économique et médical, la définition de recommandations de bonnes pratiques et de santé publique, et la certification des établissements de santé et l'accréditation de certains praticiens (ex ANAES).

Institut National de la Statistique et des Études Économiques : organisme créé en 1946 chargé de la production, de l'analyse et de la diffusion des statistiques officielles en France.

International Association for the Study of Pain : association professionnelle internationale qui promeut la recherche, l'éducation pour la connaissance et la gestion de la douleur fondée en 1973, à l'origine du journal *Pain*.

Organisation Mondiale de la Santé : institution de l'ONU fondée en 1948, spécialisée pour la Santé Publique, visant à amener tous les peuples au plus haut niveau possible de santé.

VIII.TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1	<i>Paliers antalgiques de l'OMS</i>	<i>p.13</i>
Figure 2	<i>Paliers antalgiques de l'OMS révisé</i>	<i>p.14</i>
Figure 3	<i>Densité de médecins généralistes en Corse en 2011</i>	<i>p.22</i>
Figure 4	<i>Distance moyenne entre chaque médecin généraliste en Corse</i>	<i>p.23</i>
Figure 5	<i>Répartition de l'échantillon par tranche d'âge (n=30)</i>	<i>p.30</i>
Figure 6	<i>Répartition de l'échantillon par année de thèse (n=30)</i>	<i>p.31</i>
Figure 7	<i>Répartition de l'échantillon par faculté de Médecine d'origine (n=30)</i>	<i>p.31</i>
Figure 8	<i>Proportion des étiologies de DC étant un motif de consultation « fréquent » à « très fréquent »</i>	<i>p.33</i>
Figure 9	<i>Proportion des étiologies de DC étant un motif de consultation « très peu fréquent » à « peu fréquent »</i>	<i>p.33</i>
Figure 10	<i>Proportion représentée par chaque méthode d'évaluation de la douleur</i>	<i>p.34</i>
Figure 11	<i>Utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur</i>	<i>p.34</i>
Figure 12	<i>Note attribuée par les médecins concernant la prise en charge de la DC (n=30)</i>	<i>p.36</i>
Figure 13	<i>Note attribuée par les médecins concernant la qualité de leur formation relative à la douleur (n=30)</i>	<i>p.36</i>
Figure 14	<i>Répartition en fonction du temps nécessaire aux médecins pour obtenir une consultation spécialisée dans la douleur en Corse (n=22)</i>	<i>p.37</i>
Figure 15	<i>Temps moyen nécessaire aux médecins de chaque département de Corse pour obtenir une consultation spécialisée dans la douleur</i>	<i>p.38</i>
Figure 16	<i>Proportion des facteurs pouvant gêner la prise en charge de la DCNC</i>	<i>p.43</i>
Tableau 1	<i>Répartition de l'échantillon par micro région d'exercice (n=30)</i>	<i>p.30</i>
Tableau 2	<i>Répartition des patients sélectionnés en fonction des pathologies</i>	<i>p.39</i>
Tableau 3	<i>Pourcentage des effets secondaires parmi les patients douloureux chroniques ayant reçu un antalgique de palier III (n=29)</i>	<i>p.41</i>

IX. LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

X.RESUME

Contexte : Le 4^{ème} plan de lutte contre la douleur vise à favoriser l'offre de proximité pour la douleur chronique (DC). Il n'y a pas de structure dévolue à la DC en Corse. Présente chez 15% de la population française adulte, la DC est insuffisamment traitée et évaluée. Le traitement par antalgiques de palier III est possible si leur instauration est conforme aux recommandations.

Objectifs : L'objectif principal est de recueillir les modalités d'utilisation des antalgiques de paliers III dans la douleur chronique non cancéreuse (DCNC). Les objectifs secondaires sont d'identifier les facteurs d'influence intervenant dans leur prescription, recueillir les besoins des médecins généralistes de Corse, et proposer un guide pratique.

Méthode : Il s'agit d'une enquête descriptive de pratique reposant sur un questionnaire quantitatif, ciblant les médecins généralistes libéraux en exercice de Corse.

Résultats : Sur 30 médecins inclus, 93,3% étaient prescripteurs d'antalgiques de paliers III devant une DCNC. Ils craignent avant tout un rapport bénéfice risque défavorable. Les formes LP sont les plus employées (fentanyl, notamment après 75 ans). Certaines situations nécessitent une utilisation hors AMM. Les échelles d'évaluations ne sont pas systématiquement utilisées, contrairement au ressenti et à la qualité de vie. Le recours à l'algologue en cas d'échec n'est pas systématique. Malgré les effets secondaires, il y a peu d'arrêt de traitement. Le manque de temps (DC = 10.9% des consultations, surtout rhumatologique), de formation, et de structures de soins dédiées à la DC (temps d'accès plus long en Haute-Corse) sont les facteurs gênant la gestion de la DCNC les plus souvent cités, par 56,6% des médecins interrogés. La création d'un guide pratique est bien accueillie.

Conclusion : L'emploi de palier III dans la DCNC est usuel malgré les craintes. Les médecins réclament des structures de soins pour les épauler et expriment le besoin de formation pour parfaire leur prise en charge.

Mots-clés : non malignant chronic pain ; strong opioids misuse ; offre de soins - région Corse; chronic pain prevalence ; prescribing strong opioids ; centre antidouleur ; médecine générale.